اقرأ

دكتور حليم الكدواني

الأسنان

أمراضها وعلاجها



دار المعارف بمصر

الأسنان

أمراضها وعلاجها

دكتور حليم الكبرواني

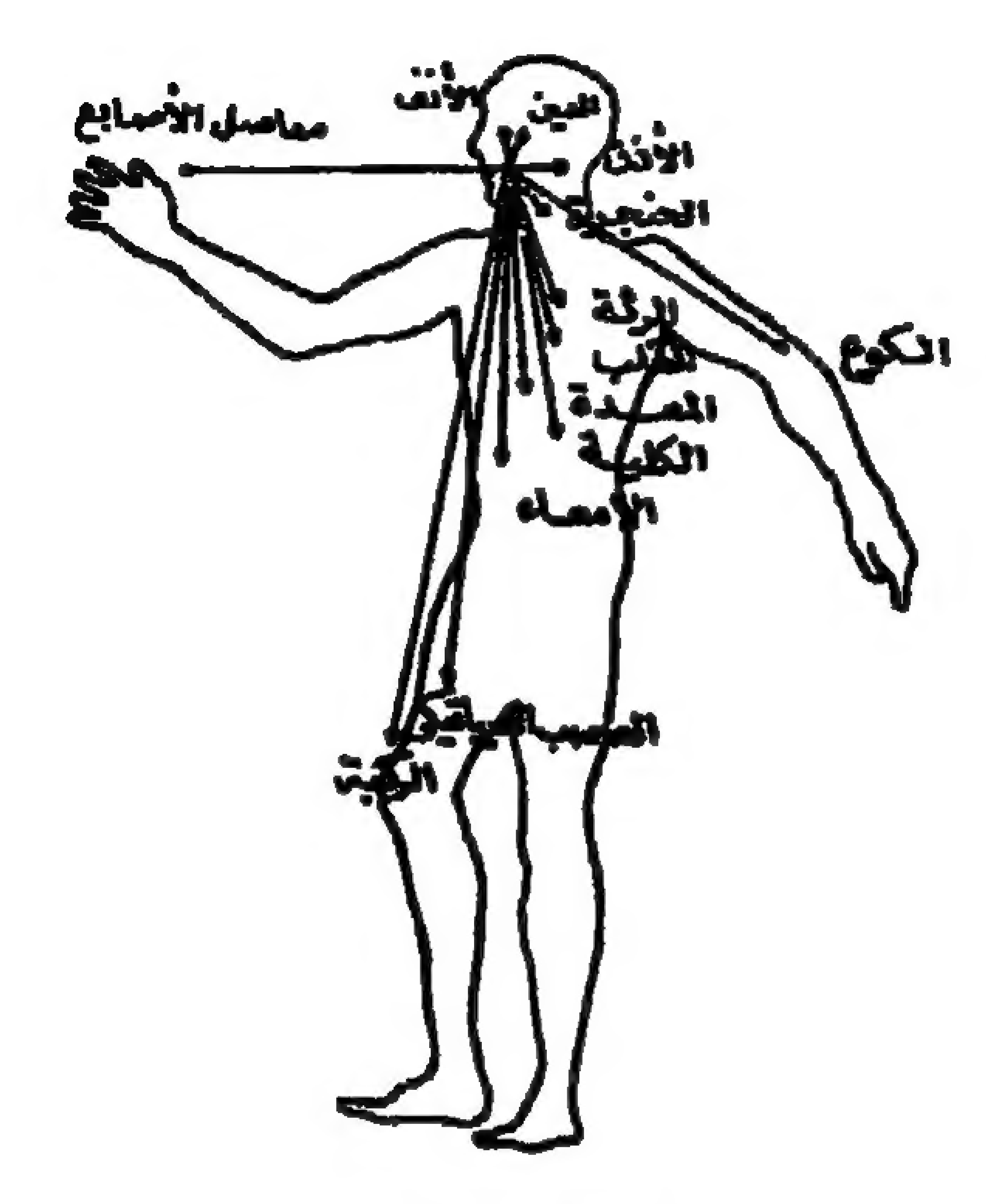
الأسنان
أمراضها وعلاجها

اقرأ ٢٢٤

دار المعارف بمصر

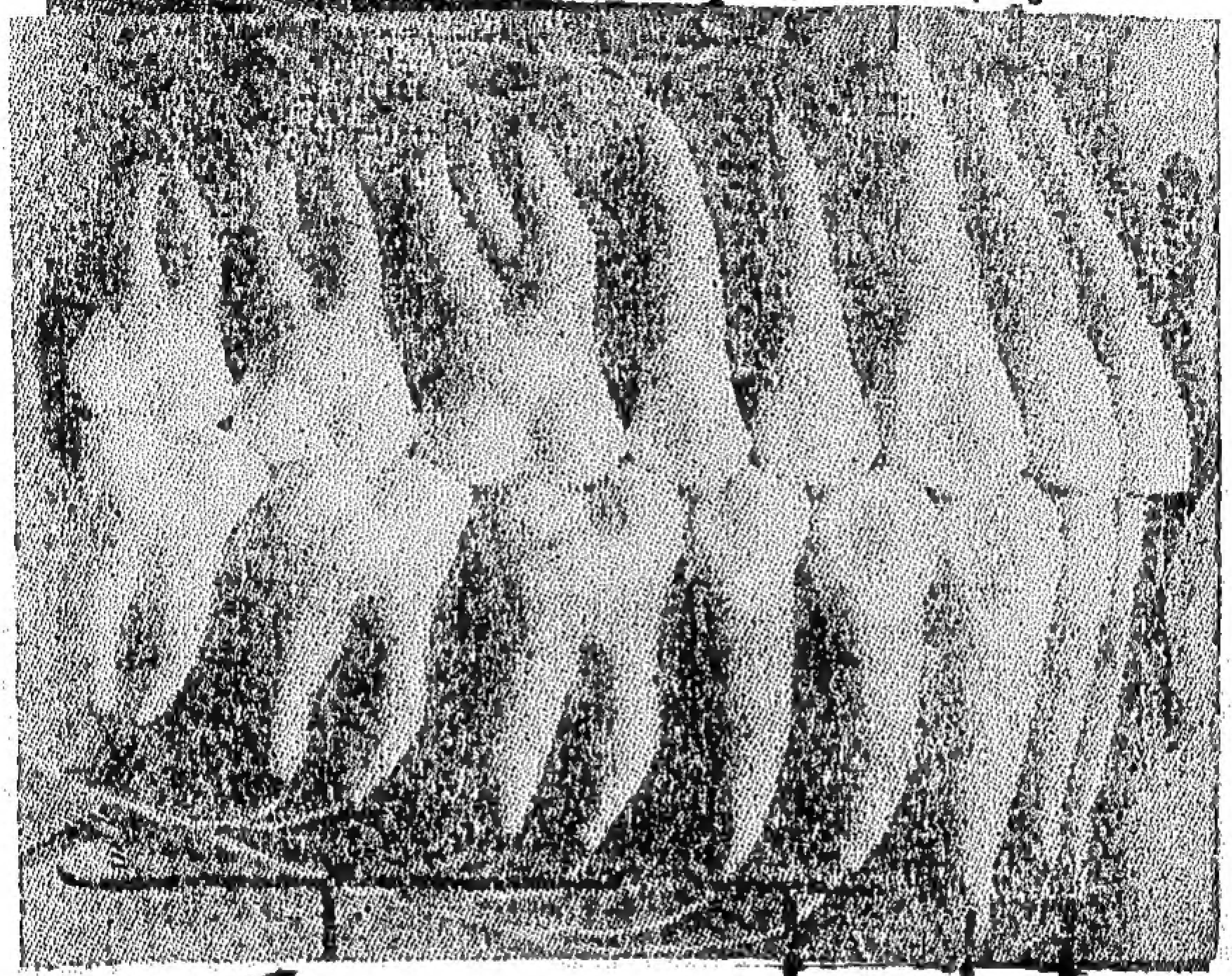
اقرأ ٢٢٤ — أغسطس ١٩٦١

ملتزم الطبع والنشر : دار المعارف بمصر — شارع كورنيش النيل — القاهرة ج.ع.م



(الشكل الأول)

يبين أعضاء الجسم الأكثر تعرضاً للإصابة بالمرض
من بعض أمراض الأسنان



(الشكل الثانى)

الأسنان المستديمة وعددها ٣٢ سناً موزعة بالتساوى نصفها على الفك العلوى والنصف الآخر على الفك السفلى بمعنى أن ١٦ منها على كل فك

معلومات عامة

يملك الإنسان فى فوهته الفمية عضواً رئيسيا هو بداية الجهاز الهضمى يتكون من عدة قطع يطلق عليها « الأسنان » وعددها عند البالغ ٣٢ سنا وعند الطفل ٢٠ سنا وقد أعدت بحسب ترتيبها لقطع الطعام ثم طحنه فمضغه . كل ذلك فى حركات آلية أولية تسبق التفاعلات الكيماوية المعقدة التى تتم بها عملية الهضم حيث تتحول الأطعمة التى نتناولها إلى مواد قابلة للتمثيل. فالامتصاص .

والأسنان موزعة بالتساوى نصفها على الفك العلوى والنصف الآخر على الفك السفلى بمعنى أن ١٦ منها على كل فك عند الإنسان البالغ وعشرة على كل فك عند الطفل .

وهى متماثلة فى التوزيع على جانبى كل فك — وهى مثبتة تثبيتاً متيناً بواسطة جذورها فى حفر موجودة على حافتى عظمتى الفكين العلوى والسفلى . وهذه الحفر هى الأنسخة ومفردها . « سنخ » .

والفك العلوى ثابت بينما السفلى متحرك يؤدى حركاته على مفصل هو « المفصل الصدغى الفكى » بواسطة مجموعة من العضلات تدعى العضلات « الماضغة » ويطلق على جميع أجزاء هذا الجهاز من عضلية وعظمية وسنية اسم الجهاز «المضغى» وذلك لأنه على تباين أجزائه وتنوعها مرتبط ببعضه ارتباطاً وثيقاً — فلا يكاد يختل جزء من هذه الأجزاء حتى تختل معه باقيها نسبياً وتختل تبعاً لذلك عملية المضغ .

وتختلف الأسنان بعضها عن بعض فى الشكل والحجم . فى كل نصف فك من الفكين عند الإنسان البالغ يوجد من

الأمام إلى الخلف على الترتيب ثنيتان دقيقتان قاطعتان ثم ناب محدب مدبب : وهذه معدّة لقطع الطعام ثم خمس أرحية لطحن الطعام ومضغه (انظر الشكل الثانى). والأسنان كبقية أعضاء الجسم لا تأخذ شكلها وعددها وحجمها المألوف دفعة واحدة بل هى تنمو بالتدريج تبعاً لنمو الفك المثبتة فيه — وهذا الفك ينمو بالتدريج تبعاً لنمو العضلات الملحقة به . والجهاز الماضغ بأكمله ينمو تدريجيا مع نمو الجهاز الهضمى وهذا الأخير ينمو نمواً متناسباً مع نمو الجسم كله .

وتبتدئ الأسنان فى التكوين عند الجنين ابتداء من الشهر الثالث وعلى ذلك توجد بذرتها فى السنخ الفكى قبل ظهورها فى الفوهة الفمية بزمن طويل — ويظهر منها عدد معين فى حياة الطفل الأولى بعد ولادته بعدة أشهر وتسمى الأسنان المؤقتة أو الأسنان « اللبنية » وتقوم بعملها لبضع سنوات قلائل ثم تتساقط من أثر الدفع الذى يدفعه لها نمو الأسنان الجديدة التى ستمكث مدى الحياة وهى « الأسنان المستديمة » أو الأسنان النهائية وهذه تكون أكثر عدداً وأكبر حجماً من سابقاتها كما أنها أقدر منها على القيام بما يحتاجه نمو الجسم وتطوره المتوالى طوال حياته .

ولا يتم ظهور الأسنان المستديمة أو المؤقتة كلها دفعة واحدة بل تظهر على دفعات . ويكون ظهورها بوجه عام مزدوجاً . الزوج يعقبه الزوج ومن الأمام إلى الخلف والصغيرة الحجم أولاً ثم الأكبر فالأكبر . وتتشابه الأسنان فى الطبقات المكونة لها فيتكون كل منها من طبقتين رئيسيتين هما طبقة الميناء وطبقة العاج وتتكون

كل طبقة من هاتين الطبقتين من خلايا خاصة بها تعتريها تطورات خاصة بها غاية فى الغرابة . وتكاد تكون قاصرة عليها دون باقى خلايا الجسم .

فبعد أن يتم نضج الخلية وتصبح صالحة للقيام بعملها تفرز كميات كبيرة من مادتى الميناء والعاج كل حسب ما خلقت له ومنهما تكتسب السن صفة الصلابة والمتانة التى تمتاز بهما عن باقى أعضاء الجسم . وبعد ذلك ينتهى عمل الخلايا فتتحلل وتتلاشى بعد أن يتم تكوين السن ويصبح صالحاً لتأدية وظيفته .

وليست الأسنان قاصرة فى تكوينها على طبقتى الميناء والعاج فحسب . بل الواقع أن العاج يكون الجزء الأكبر من السن — والميناء وهى غاية فى الصلابة — تكون طبقة تغطى طبقة العاج وهذا وصف الجزء الذى يظهر للعين المجردة من السن فى فوهة الفم ويسمى « تاج السن » . أما الجزء المختفى داخل عظم الفك فهو « الجذر » ويغطيه نسيج عظمى يسمى « الملاط » والجذر مغروس فى السنخ ومثبت فيه برباط من نسيج ضام يسمى الرباط « السنى السنخى » .

يبقى بعد ذلك « اللب » وهو عبارة عن ضفيرة دقيقة من الأوعية الدموية والأعصاب موجودة داخل السن تدخل إليه من ثقبة صغيرة فى طرف الجذر وتسير فى قناة بطول الجذر حتى تستقر فى غرفة هيئت لها فى داخل تاج السن وتسمى « حجرة اللب » هذا مجمل لما يجب معرفته عن الأسنان فى شكلها وعددها وحجمها وتكوينها ووظيفتها أوردناه بحسب ما استدعاه المقام تمهيداً إلى استيعاب ما كتب عنها فى هذا الكتاب .

الجزء الأول

الأمراض الجرثومية

الفصل الأول

نخر الأسنان

تعريفه – تاريخه – أسبابه المباشرة – أسبابه المهيئة
الموضعية – أسبابه المهيئة العامة – أسبابه الطارئة

تعريفه :

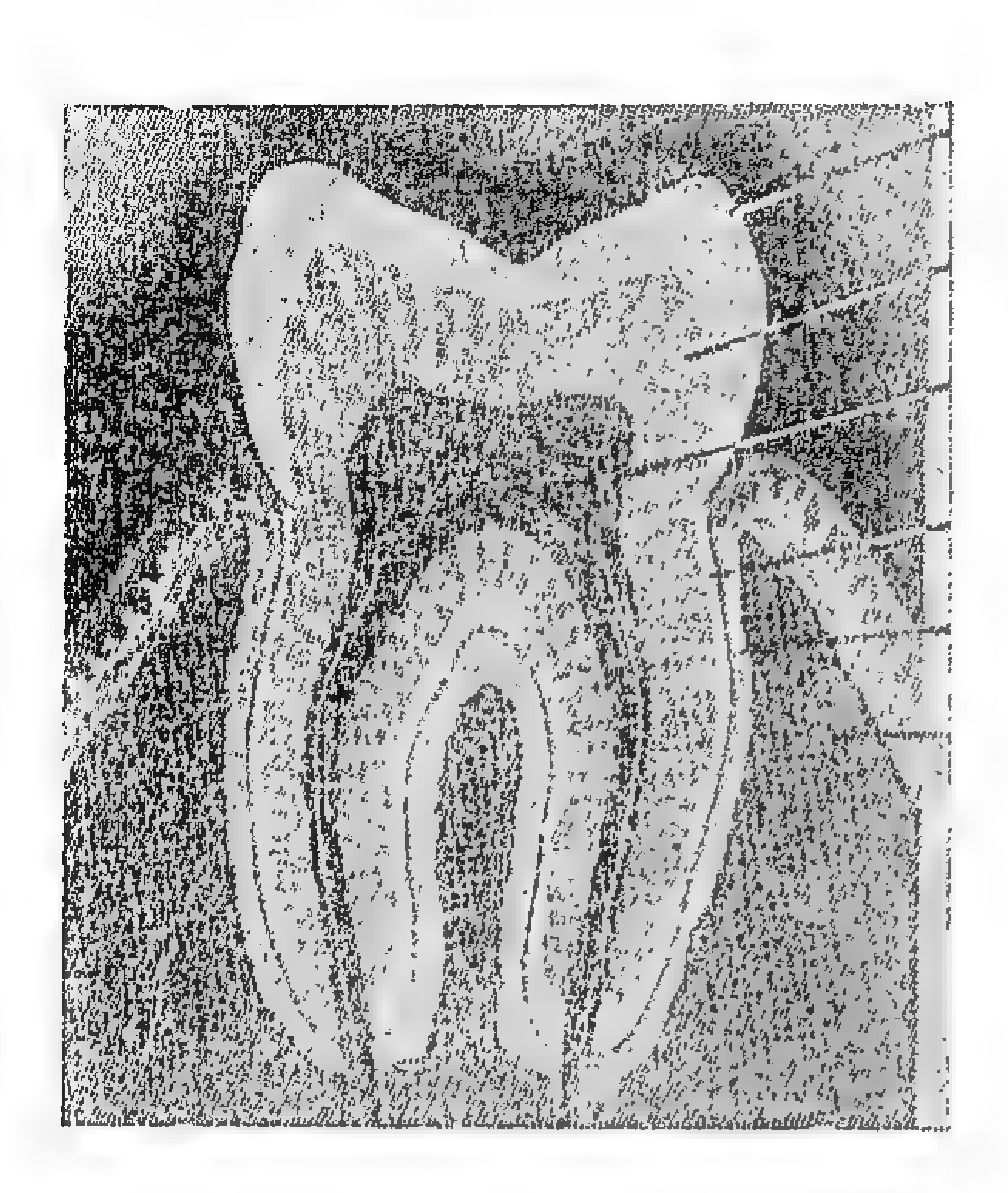
اختلف الأطباء فى تعريفه وإليكم أهم هذه التعاريف

تعريف ماجيتو :

النخر السنى مرض يمتاز باللين المستمر والتلف المتوالى فى أنسجة السن الصلبة واللينة وهو يبدأ على تاج السن متقدماً من الخارج إلى الداخل متدرجاً فى إتلافه للأنسجة حتى يقضى على جزء كبير من تاج السن أو يأتى عليه بأكمله .

تعريف هربن :

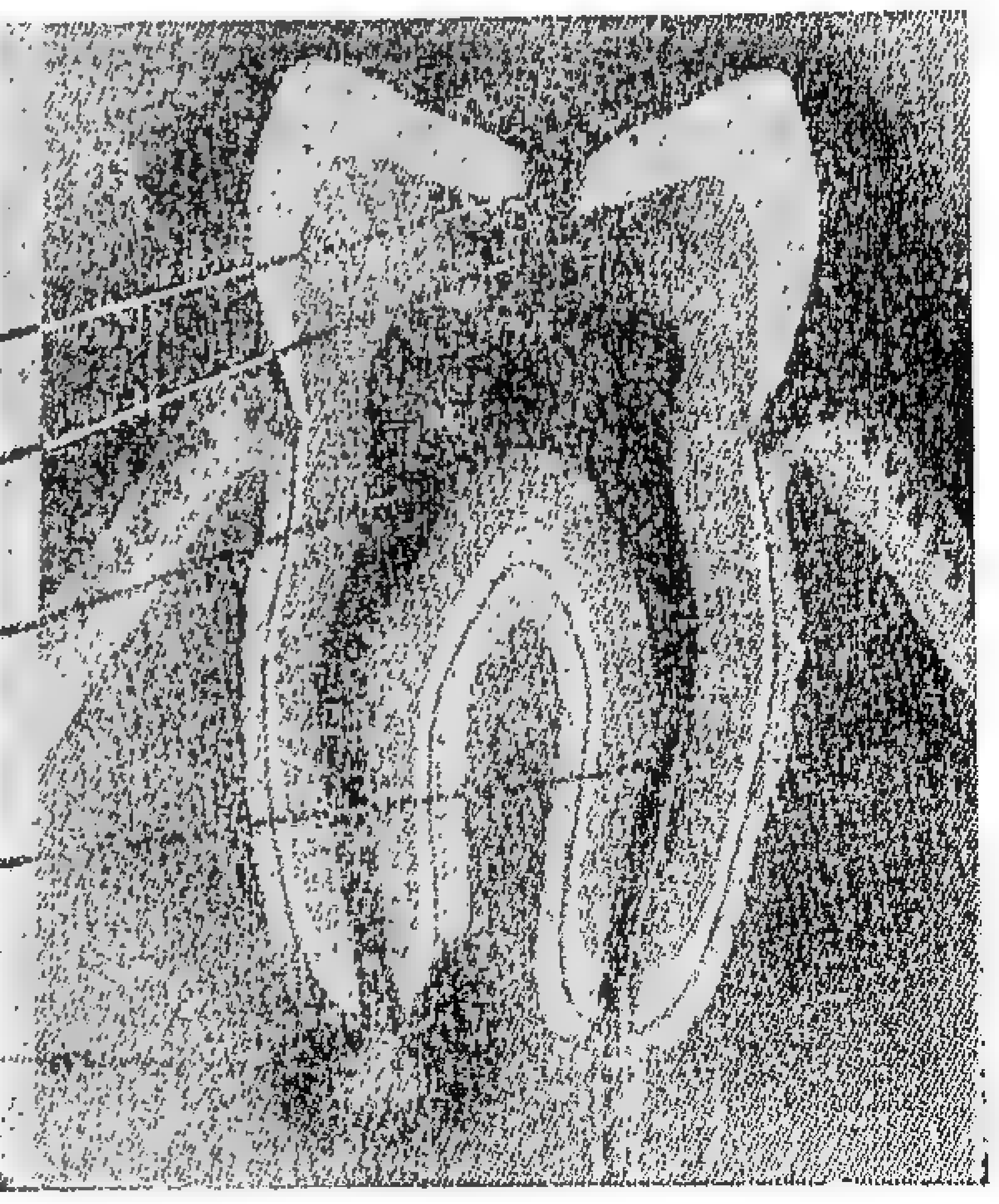
النخر السنى هو التهاب يصيب السن وعند ظهوره تصحبه آفة عملها الإتلاف تظل تعمل فى جميع الأنسجة المكونة للسن حتى تقضى عليها .



(الشكل الثالث)

(مقطع فى ضرس سليم يبين مختلف الطبقات المكونة له)

(الشكل الرابع)



(مقطع فى ضرس يبين النخر فى شتى درجاته)

تعريف فراى :

النخر السنى هو تغيير خاص فى أنسجة السن الصلبة يمتاز بأنه معد وبأنه يتقدم من المحيط الخارجى للسن إلى مركزه وينتهى بإتلاف السن الجزئى أو الكلى .

تعريف ريدير :

النخر السنى مرض يصيب السن فيسبب لين أنسجته وتفتتها وهو يتقدم تدريجياً من الخارج إلى الداخل حافراً فى تاج السن حفرة تتدرج فى العمق حتى تصل عاجلاً أو آجلاً إلى اللب متلفة فى طريقها أنسجة السن المتتالية التى تقابلها .

تاريخه :

يعتبر هذا الداء أكثر الأمراض إصابة للجنس البشرى لا فرق فى ذلك بين أجناسه المتنوعة أو أماكنهم المختلفة أو أزمنتهم المتباينة .

وتاريخه قديم يعود إلى ما قبل عصور المدنيات حينما كان الإنسان يسكن الغابات والكهوف — ويوجد فى المتحف البريطانى مومياء مصرية يرجع تاريخها إلى ثلاثة آلاف سنة قبل المسيح . وبعض أسنانها نخرة وقد ذكر هذا الداء فى مخطوطات قدماء المصريين واليونان والعرب والرومان فهو إذن يصيب أسنان الإنسان أيا كان وأين كان .

أسبابه المباشرة : يرجع السبب المباشر للتسويس إلى عاملين يشتركان سوياً أولهما الحوامض وثانيهما الجراثيم . أما الحوامض

فتنتج من بقايا الأطعمة التى تتخلف بين الأسنان حيث تتخمر تلك البقايا أو بمعنى آخر تتحمض بفعل الجراثيم الفمية عليها . وأكثر الأطعمة قابلية للتخمر ومساعدة فى تكوين التسويس هى الأطعمة النشوية والسكرية . أما الحموضة المتكونة فتؤثر فى مادة السن السطحية المغطية لتاجه وهى « الميناء » حيث تتفاعل معها محللة إياها ممزقة أنسجتها تاركة بذلك فيها منافذ لدخول الجراثيم الخاصة بتكوين التسويس .

الأسباب المهيئة :

وكما أن للتسويس أسباباً مباشرة فله أيضاً أسباب مهيئة وهى العوامل التى تساعد على تجمع الجراثيم وتراكم بقايا الأطعمة واختمارها وهى إما أسباب مهيئة موضعية أو أسباب مهيئة عامة .

الأسباب المهيئة الموضعية :

١ — عدم الاعتناء بصحة الفم :

وهذا السبب هو أكثر الأسباب الموضعية شيوعاً فى تعريض الأسنان للنخر فالسواد الأعظم من الناس لا ينظفون أسنانهم بتاتاً أو ينظفونها بغير عناية وانتظام فيسهل بذلك إصابتها بالتسويس .

٢ — نقص التكوين :

من المعلوم أنه توجد وهاد* وشقوق عميقة على السطوح اللقمية « السطوح الماضغة » والسطوح الخدية للأرحية فتجتمع فيها بقايا الأطعمة ولا يسهل تنظيفها بالوسائل الطبيعية كالمضغ مثلاً* فيحدث فيها الاختمار فالتسويس .

ثم إن كيفية تلاصق السطوح المتجاورة للأسنان لها علاقة بتكوين النخر فإذا كانت السطوح مستديرة والأسنان ملتقية كما تلتقى الكرة الواحدة بالأخرى كان حدوث النخر فيها قليلاً أما إذا كان تماس الأسنان سطحاً إلى سطح لا نقطة إلى نقطة فإن حدوث النخر فيها يكون متوقعاً .

٣ — ترتيب الأسنان ومراكزها : قد تكون الأسنان مختلة الترتيب بعضها بارز إلى الأمام والبعض الآخر راجع إلى الوراء فلا يعود التماس طبيعياً وتتعرض للنخر فى نقط تماسها غير الطبيعى ثم إنه إذا وجد إلى جانب إحدى الأسنان سن زائدة أو طفيلية فإن ذلك يساعد على تجمع المآكل بينهما وتخمرها وحدوث التسويس فيها .

٤ — التيجان السيئة الصنع : إن التيجان المعدنية (الطرابيش) السيئة الصنع قد تكون سبباً يعرض أعناق الأسنان للنخر فإذا كانت حافة طوق التاج ظاهرة غير محكمة الصنع اجتمعت بينها و بين سطح السن بقايا الأطعمة التى تختمر فتساعد على حدوث النخر .

٥ — الحشوات السيئة :

لا يكفى أن نحشى السن ليمتنع رجوع النخر بل يجب أن تكون الحشوة مستوفية الشروط الفنية لمنع عودة التسويس .

٦ — الأجهزة الميكانيكية :

وهى أجهزة توضع فى الفم لأجل تقويم الأسنان المعوجة . وتتألف من أسلاك وأطواق معدنية تثبت فى الفم على الأسنان

فإذا لم تنظف بصورة متوالية ساعدت على حدوث التسويس للأسباب السالف ذكرها .

الأسباب المهيئة العامة :

وترجع إلى العوامل التى تقلل من مقاومة السن وتنقص من كثافته حيث ثبت أن كثافة الأسنان الدائمة تزيد على التوالى منذ زمن الصبا وأن ما تتعرض له الأسنان من الأمراض يكون سببه الحالة الصحية العامة . وكثافة السن تكون منسوبة عادة إلى مقدار الأملاح الجيرية فيها أو بمعنى آخر إلى حجم القسم المعدنى الذى يكون فى السن وأهم الأسباب المهيئة العامة ما يلى :

١ ــ أحوال ما قبل الولادة :

تعنى بذلك الأحوال التى تتعرض لها الأم الحامل فتؤثر فى جنينها . فإذا كانت الأم جيدة الصحة كان جنينها كذلك وتكون هيكله العظمى وأسنانه تكوناً سلياً طبيعيا والعكس بالعكس .

٢ ــ الوراثة :

قد يرث الإنسان قوة أسنانه ومناعتها من أسلافه ولذلك نجد بعض الشعوب أقوياء الأسنان كالزنوج والعرب وبعضها ضعيفها .

٣ ــ أحوال ما بعد الولادة :

لهذه الأحوال أهمية كبرى تتوقف عليها سلامة الأسنان من النخر فإذا نشأ الصغير متعوداً نظافة فمه وأسنانه ، وكانت صحته قوية ومآكله مغذية محتوية على أملاح الجير والفيتامينات فلا بد

أن تكون أسنانه قوية . وقد لاحظ البعض أن البيئة التى يعيش فيها الصغير تؤثر مياهها وأثمارها وبقولها التى تنمو فى أرضها فى هيكله العظمى وأسنانه . فإذا كانت الأرض غنية بمادة كربونات الكالسيوم « الجير » فلا بد أن تكون المياه والخضروات والنباتات والأثمار غنية بالجير أيضاً وتنتقل هذه إلى الأشخاص حين شربهم للمياه وأكلهم للثمار فينتفعون بها .

٤ ــ العمر :

يظهر النخر فى كل الأعمار ولكنه عند الصغار أكثر منه عند الشباب ويقل عند الكهول والشيوخ وقد قيل إن الذى يبلغ الثلاثين من العمر وأسنانه خالية من التسويس تستمر على هذه الحالة إلى أجل غير مسمى بشرط أن يداوم على العناية بها .

٥ ــ الجنس :

تتعرض أسنان الإناث للنخر أكثر من أسنان الذكور ويعود سبب ذلك فى الغالب إلى التطورات الخاصة التى تحدث للمرأة ولا تحدث للرجل كالحيض والحمل مثلاً فالمرأة الحامل يكثر عندها القيء الذى يخرج من المعدة حامضياً فيجعل وسط الفم حامضيا أيضا وفضلاً عن ذلك فإن الأم فى أثناء الحمل والولادة والرضاعة كثيرا ما تهمل العناية بأسنانها ولهذا جاء القول المأثور « إن الأم تدفع الثمن لكل ولد من أولادها سنا من أسنانها » .

الفصل الثانى

إصابة الأسنان بالتسويس (النخر)

خطوات النخر – كيف يغزو النخر الميناء والعاج والملاط وكيف تدافع هذه الطبقات ضد غزوه – إصابة اللب بالنخر ومضاعفاتها .

خطوات النخر :

علمنا من تعاريف النخر أنه يبدأ بإصابة السطح الخارجى لتاج السن كما عرفنا العوامل المسببة له وبقى علينا بعد ذلك أن نبحث فى سير النخر وتقدمه فى أنسجة السن الصلبة منها والرخوة ثم مقاومة هذه الأنسجة ضد هذا التقدم .

تبدأ الجراثيم بالبحث لها عن مدخل تدخل به إلى أنسجة السن لتتلفها وأول ما تصطدم به الجراثيم هو نسيج الميناء التى يغطيها من الخارج طبقة معروفة باسم « غشاء نزميت » فإذا ما تمزقت هذه الطبقة أصبحت الجراثيم على اتصال مباشر بسطح الميناء المكشوف .

كيف يصيب النخر الميناء :

عندما يصاب أحد سطوح السن بالتشقق لأى سبب من الأسباب كتناول المشروبات الساخنة عقب تعاطى شىء بارد أو لحدوث رض ما أو صدمة تسبب تمزق « غشاء نزميت » وتفقد مناشير الميناء قوة تماسكها مما يسمح للجراثيم بالتخلل بين هذه

المناشير حيث تتوالد وتتزايد ويزداد تبعاً لذلك كمية إفرازاتها التى تؤثر على ذلك السطح محدثة فجوة أو شقاً واضحاً يصل حتى سطح العاج أى إلى الطبقة التى تلى الميناء فينكشف العاج ويأتى دوره فى الإصابة وتدافع الميناء ضد هذا الغزو الجرثومى إلا أن دفاعها ضعيف فى الغالب .

كيف يصيب النخر العاج :

عندما تصل الجراثيم إلى العاج تجد أمامها منطقة سهلة الغزو لا صلابة فيها تأخذ فى الانهيار أمام إفرازات الجراثيم ولكن كثيراً ما تتكون منطقة دفاع تكون أكثر شفافية وبريقاً من غيرها من الطبقات المجاورة إلا أن هذه المنطقة لا تلبث أن تزول فيصبح هجوم الجراثيم عاماً فى جميع جهات العاج ثم لا تلبث أن تفقد طبقات الميناء المغطية لهذا العاج توازنها وتصبح لا دعامة لها بعد تفتيت العاج الذى تحتها والذى كان يسندها فتنهدم الميناء كاشفة عن حفرة تختلف حجماً وعمقاً وهى حفرة النخر بشكلها المعروف ومنظرها المألوف .

إصابة الملاط :

يندر إصابة الملاط بالنخر غير أن الخلايا المكونة له تكون ملأى بالجراثيم وكثيراً ما نلاحظ دفاعاً من الملاط بما يظهر عليه من تضخم فى حجمه ولو أن بعض الباحثين يرى أن هذا التضخم لا دخل له بالدفاع وينسبه إلى أورام عظمية .

إصابة اللب بالنخر ومضاعفاته :

بعد أن تعبر الجراثيم القنوات العاجية تصل إلى حجرة اللب حيث تهاجمه فتبدأ التهاباته وهى إما التهابات حادة أو التهابات مزمنة .

١ — التهابات اللب الحادة :

تنقسم إلى قسمين : التهابات لبية حادة بسيطة ، والتهابات لبية حادة متقيحة .

التهابات اللب الحادة البسيطة : وهى التى تبتدئ مظاهرها باحتقان فى اللب وقد تستمر الحالة الالتهابية فى التقدم حتى تصل إلى الحالة الثانية وهى حالة الالتهاب اللبى الحاد المتقيح .

التهابات اللب الحادة المتقيحة : تتميز بإفراز بعض الصديد من بعض مواضع اللب ويكون مصحوباً بآلام شديدة وإذا استمرت حالة الالتهاب فى التقدم يأخذ اللب فى التحلل حيث ينحسر الدم فى الأوعية الدموية التى يتكون منها اللب فتنعدم بذلك تغذيته ويحدث له اختناق ينتهى بموته ويصحب كل هذه الأطوار آلام شديدة مبرحة .

٢ — التهابات اللب المزمنة :

تظهر التهابات اللب المزمنة فى أربعة مظاهر هى :

(ا) ضمور اللب (ب) تضخم اللب .

(جـ) غنغرينا اللب (ء) انحلال اللب .

(ا) ضمور اللب :

فى هذه الحالة تكون طبقة العاج الثانوى آخذة فى التكون فتأخذ أنسجة اللب تبعاً لذلك فى الضمور والتحول إلى أنسجة ليفية.

(ب) تضخم اللب :

كثرة تهييج اللب والتهاباته تسبب تضخمه ويدخل هذا التضخم فى باب الأورام ويسمى «التهاب اللب المزمن المتضخم» ويكون على شكلين شكل الورم الحبيبى وشكل الورم الليفى .

(حـ) غنغرينا اللب :

إذا مات اللب انتهت بموته الآلام المسببة عنه ولكن أنسجته الميتة المحصورة فى حجرته تصبح منبعا عفنيا وبؤرة نتنة وهذا ما يدعى غنغرينا اللب .

(د) انحلال اللب :

إن بعض الآفات والأمراض العامة التى تصيب جسم الإنسان قد تسبب تحلل اللب وينقسم هذا التحلل إلى :

(ا) تحلل ليفى (ب) تحلل كلسى (جـ) تحلل شنحمى .

(ا) التحلل الليفى :

هو أكثر التحللات الثلاثة حدوثاً وفيه يتحلل اللب بأكمله إلى كتلة ليفية ويلاحظ هذا كثيراً فى أسنان الشيوخ .

(ب) التحلل الكلسى :

نلاحظ أحياناً كتل كلسية ومواد صلبة فى حجرة اللب الممتلئة بخلايا اللب الميته وما هذه الكتل إلا رواسب كلسية تعددت أشكالها وتعددت تبعاً لذلك أسماؤها بواسطة الباحثين فمنهم من دعاها اللب المتحجر ومنهم من دعاها اللب المتبلور وآخرين سموها اللب اللؤلؤى . . . إلخ .

أما هذه الرواسب فإنها تأخذ فى التضخم حتى تملأ فراغ الحجرة اللبية تقريبا .

(حـ) التحلل الشحمى :

تترسب على اللب كريات شحمية لونها أصفر شاحب وهذه تسبب ضمور اللب ونقص حجمه وانفصال حوافه عن الأجزاء المثبتة فيها .

الفصل الثالث

النخر البسيط

المظاهر الالتهابية لنخر الميناء – تشخيصه – علاجه – نخر الميناء والعاج – المنطقة المتلينة – منطقة الغزو – منطقة الدفاع – الأعراض – التشخيص – العلاج – الحساسية السنية وعلاجها – تطهير العاج .

المظاهر الالتهابية لنخر الميناء :

يصيب النخر الميناء فى أحد سطوحها الخارجية وغالباً ما يكون السطح اللقمى ويأخذ شكل بقعة لونها بنى ضارب إلى السمرة أو بقعة بيضاء . وإذا ما مررنا بالمسبر على الجزء المصاب لا يحدث أى ألم . كما أن ملامسة الأجسام الخارجية صلبة كانت أو لينة لهذا الجزء المصاب وشرب المشروبات الساخنة أو الباردة لا يسبب أى حساسية شاذة – وقد تتقدم الإصابة فتظهر بشكل خدش قليل العمق يعوق المسبر عند إمراره عليه كما أنه كثيراً ما يقف تقدمها فتستمر البقعة السالفة الذكر كما هى عليه لمدة سنين أما إذا تقدمت الإصابة فإننا نصبح أمام حالتين هما :

١ – الحالة الأولى :

وهى التى تنتج من البقعة البنية السمراء .

يقابل النخر العاج الذى يكون على استعداد للدفاع عن

نفسه ويصبح شديد المقاومة فيوقف تقدم النخر إما نهائيا أو إلى حين وهذا هو ما يسمى بالنخر البطىء .

٢ ـ الحالة الثانية :

وهى التى تنتج من البقعة البيضاء السالفة الذكر .

يعبر النخر الميناء بسرعة غريبة ويهاجم العاج الذى يؤخذ على غرة فلا يجد أمامه متسعاً من الوقت لصد الهجوم ويكون مصحوباً بحساسية واضحة للمؤثرات الخارجية لا سيما الاختلافات الحرارية « البرودة والسخونة » وذلك على نقيض نخر الحالة الأولى تماماً وتعلل هذه الحساسية بأن النخر أصاب منطقة تلاقى الألياف العصبية بعضها ببعض وهذه منطقة حساسة .

وهذه الحساسية تعتبر أول مرشد إلى هذا النخر .

من هاتين الحالتين يمكن إيضاح كيف أن بعض أنواع النخر لا يكون ظاهراً فى بدايته ولا واضحاً فى تقدمه ولكن آلامه التى تحدث عنه شديدة مقلقة بينما البعض الآخر يكون واضحاً ظاهراً وغير مصحوب بأى ألم .

تشخيصه :

فى بدايته لا يصحبه أى ألم أو أى إحساس بشىء غير عادى لذلك يحتاج كشفه إلى قوة الملاحظة والدقة والمران لا سيما للتفريق بين البقعة السمراء والبيضاء أو بين النخر البطىء السير والنخر السريع السير .

ويجب الحذر من الخلط بين هذه الحالة وبين رواسب القلح التى تكون على الأسنان ويماثل لونها لون البقعة السمراء

ويكفى للتمييز بينهما أن يؤتى بآلة حادة من آلات إزالة القلح ويعمل بها على هذه البقعة السوداء فإن زالت كانت قلحا وإلا فإنها نخر .

العلاج :

يتلخص فى إزالة طبقة الميناء المتلونة بواسطة الآلات الخاصة أو الأحجار الدقيقة أو أقراص كاربوراندوم أو يبردها بالمبارد الخاصة .

البرد :

كان البرد شائع الاستعمال قديماً ولكن قامت اعتراضات كثيرة ضد استعماله فى أيامنا هذه ولذا فقد اعتبره الطب الحديث من الطرق القديمة الواجب عدم اتباعها — كذلك لا نشير يبرد الميناء بالآلات الخاصة عند الأشخاص الذين لم يتجاوزوا سن الشباب ولا بأس من اتباعه فى حالات تآكل الأسنان أو تشققها الخفيف الذى يكون على حدودها القاطعة .

ومن الضرورى صقل سطوح الأسنان عقب عملية البرد ويحسن أن يعقبه كى بالمكواة الحرارية أو الكهربائية . ويقول بعض من المعضدين لنظرية البرد متسائلين لماذا يبرد زنوج الحبشة وبراهمة الهند أسنانهم ويجعلونها بشكل المنشار وتستمر أسنانهم سليمة قوية إن لم يكن البرد مفيداً مقوياً للأسنان ؟ ؟

نخر الميناء والعاج :

هذا هو ثانى درجات النخر البسيط وفيه يتعدى النخر

الميناء إلى العاج دون الوصول إلى اللب إلا أن اللب يتنبه للخطر فيعمل على الدفاع مكوناً منطقة كثيفة تحيط بمنطقة الغزو .

وتكون فتحة النخر فى البداية ضعيفة تشمل سمك الميناء ثم تأخذ فى الاتساع بانهيار طبقة الميناء المكونة لحوافها فتنكشف عن اتصالها بحفرة أخرى كروية الشكل على العاج لأن النخر يتقدم بنسبة واحدة فى كل الجهات المحيطة به عند إصابته للعاج . ويمكننا فى هذه الحالة تمييز ثلاث مناطق .

١ ــ المنطقة المتلينة ٢ ــ منطقة الغزو ٣ ــ منطقة الدفاع .

١ ــ المنطقة المتلينة :

تشمل كل حواف الحفرة وجزءاً من داخلها أيضاً ويكون بهذه المنطقة بقايا الأطعمة ومناشير الميناء المتفتتة وبعض الجراثيم وكمية كبيرة من العاج النخر ذات اللون الأسمر إذا كان النخر قديماً أو اللون البنى أو الرمادى إذا كان النخر من الصنف السريع التقدم .

٢ ــ منطقة الغزو :

لونها بنى تقل فيها مياه المادة الكلسية عما هى عليه فى العاج السليم وتظهر قنيوات العاج واضحة ويتسع نصف قطرها ولا يظهر داخلها أى أثر « لألياف تومس » التى كانت تسكنها ولكنها تكون ملأى بالخلايا المتضخمة التى تسمى بالخلايا مخربة العاج وهى عبارة عن خلايا كبيرة ذات محيط غير منظم لها حفر خاصة بها وينسبون إليها أنها تخرب العاج وتساعد العدو «الجراثيم والحوامض » فى تقدمه .

٣ — منطقة الدفاع :

فى هذه المنطقة لا ترى أثراً للجراثيم بل نلاحظ وجود حبيبات كلسية فى داخل القنيوات اكتشفها « تومس » وسماها « العاج الثانوى » وهى نتيجة العمل المتواصل لاستطالات الخلايا مكونة العاج « ألياف تومس » ومن العاج الثانوى تتكون منطقة الدفاع فى داخل السن .

وفى النخر ذات السير البطىء يمكننا ملاحظة عملية دفاع أخرى خلاف هذه العملية ومضافة إليها ونسميها عملية تكون العاج الإضافى لأنه يتكون على السطح الداخلى للحفرة اللبية وعلى السطوح الظاهرة للخلايا مكونة العاج التى تبطن الحفرة اللبية . وهذا التكون ينقص حجم حفرة اللب ويشوه منظرها وقد يزداد الإنتاج لدرجة أنه يسبب التحلل الكلسى فى اللب .

الأعراض :

من أهم مميزات هذه الحالة عدم وجود ألم ذاتى بالمرة فإن كل الآلام التى تنشأ تأتى من تأثيرات خارجية كالتقلبات الحرارية أو الرضوض الآلية . ويشبه العاج فى هذه الحالة الجلد الذى انتزعت منه الطبقة البشرية . وتصبح ألياف تومس « أطراف العصب » مكشوفة إذ قد زالت عنها طبقة الميناء التى كانت تقيها فتتعرض للتأثر بالمؤثرات الخارجية — ومن ضمن هذه المؤثرات الفعالة السكر والأحماض فهى تسبب آلاماً واضحة شديدة تكون غالباً منبت الفزع والقلق . كما أن لمس أى آلة أو بقايا المآكل الصلبة للسن يسبب نفس هذه الآلام . وتتوقف

شدة الألم على كثافة المنطقة الدفاعية فيكون الألم ظاهراً مثلاً في ناحية عنق السن حيث تقل تلك المنطقة الدفاعية ويشتد الألم أيضاً فى النخر الأبيض ذى السير السريع عنه فى النخر الأسمر ذى السير البطىء لأن فى النخر الأول لا يوجد متسع من الوقت يكفى لتكون منطقة الدفاع وقد يحدث أن تختفى ظواهر الألم بتاتاً عندما يتكون العاج الثانوى الذى يحمى اللب من تقدم النخر والوصول إليه — وقد يقف فى هذه الحالة سير النخر فيصبح مستكنا ويسمى حينئذ بالنخر الجاف إلا أن هذه الحالة قد لا تدوم فيبتدئ النخر فى سيره وتقدمه من جديد ويصبح نخرا ليناً بعد أن كان جافاً وتعود الحيوية والنشاط للعوامل المرضية مرة أخرى .

التشخيص :

بين نخر الدرجة الأولى (نخر الميناء) ونخر اللب توجد جميع أطوار النخر الذى نسميه نخر الدرجة الثانية . وسبق أن أوضحنا أن جميع الآلام الناشئة عن هذا النوع من النخر ليست ذاتية بل تتسبب من مؤثرات خارجية لذلك يلزم قبل أن نحاول الكشف عن حفرة النخر أن نسأل المريض عن طبيعة الآلام التى يشعر بها وهل هى ذاتية أو مسببة عن مؤثرات خارجية ثم نبحث عن حفرة النخر بعد ذلك وتشخيص الأعراض الأخرى كما يأتى :—

١ — التلون :

إذا كان لون السن طبيعيا كان الأمل قويا فى أن اللب لا زال حيا يقوم بوظائفه كالمعتاد .

٢ ــ حالة الأنسجة التى حول السن :

يستحسن الوقوف على حالة الأنسجة التى حول السن إما بإجراء الطرق على نفس السن أو بجس منطقة الجذر بالأصبع .

٣ ــ الفحص بالمسبر :

هذا الفحص يبين لنا حفرة النخر وما تحتويه من مواد متفتتة وما هى عليه أجزاء تلك الحفرة من ليونة أو صلابة . وإذا ما ضغطنا بالمسبر فى داخل الحفرة فإنه يقابل أولا طبقة لينة تحتها طبقة أكثر صلابة منها وتزداد صلابة الطبقات كلما تعمقنا بدخول المسبر إلى أن نصل إلى منطقة يكون فيها العاج سليما . ويسبب إمرار المسبر على هذه الطبقة السليمة من العاج صوتاً خاصاً يعرفه طبيب الأسنان جيداً ويسمى « الصوت العاجى » ويجب عند الضغط على المسبر فى داخل الحفرة أن نحترس من كشف اللب عند أحد أطرافه داخل حجرته .

العلاج :

يجب قبل كل شيء نزع جميع الطبقات المصابة والمواد المتفتتة بواسطة المجارف أو السنابل «آلات يعرفها طبيب الأسنان» الخاصة المختلفة التى تركب على آلة الحفر وتزال أيضاً الحواف السائبة فى الحفرة التى تكون قد فقدت دعامتها بفقد طبقات العاج التى كانت تسندها وبإزالة هذه الحواف تفتح الحفرة ويسهل بعد ذلك تخليتها من كل ما تحتويه من مواد متفتتة مصبوغة باللون الأسمر وتكون إزالة تلك المواد بدقة وبخفة حتى

تظهر الطبقات السليمة .

وكثير من الأطباء من يفضل ترك بعض طبقات العاج المصابة الموجودة فى قاع الحفرة خوفاً من انكشاف اللب .

ويجب أن نذكر هنا أنه كثيراً ما نضطر إلى توسيع الحفرة وتمديدها على السطوح السليمة من السن لتأخذ شكلاً هندسيا منتظماً يمنع عودة النخر إليها مرة أخرى لا سيما إذا كانت إصابة النخر على السطوح المتجاورة للأسنان أو على الشقوق والميازيب التى على السطوح اللقمية مما لا مجال لتفصيله هنا فى بحث أمراض الأسنان لأنه خاص بترميم الأسنان .

الحساسية السنية وعلاجها :

كثيرا ما نلاقى صعوبة كبيرة فى إجراء العمليات السالفة الذكر نظراً لإصابة العاج بالحساسية الشديدة التى لا يحتمل معها حتى مجرد اللمس البسيط فيجب قبل كل شىء علاج هذه الحالة .

علاج شدة حساسية العاج :

١ — التجفيف :

يعزل السن عن باقى الأسنان الأخرى بآلات خاصة بذلك « كحاجز المطاط مثلاً » ثم يجفف جيدا وتدهن الحفرة بقطعة من القطن مغموسة فى الكحول ٩٠° ثم تجفف بالهواء الحار ثم تكرر هذه العملية مع استعمال كحول أقوى فى هذه المرة أى قوة ٩٥° ثم مع استعمال الكحول المطلق مع تكرار تجفيفها

فى كل مرة . وهكذا عدة مرات فلا تلبث الحساسية أن تزول ونتمكن بعد ذلك من إجراء العمليات السالفة الذكر فى الحفرة باطمئنان ولتعليل مفعول الكحول فى إزالة الحساسية نقول إن البرودة الناتجة من الكحول بتكرارها تعمل على تقليل الحساسية فى أطراف « ألياف تومس » وتجعلها موصلة رديئة للحساسية .

٢ — استعمال الأدوية موضعيا :

تستعمل الأدوية الآتية بشرط أن تجفف الحفرة قبل استعمالها لتساعد تلك الأدوية على تخللها فى قنوات العاج .

(ا) حمض الكربوليك :

يوضع على العاج مباشرة بعد تجفيفه ثم ينفخ داخل الحفرة بالهواء الساخن بعد وضع الدواء مدة وجيزة .

(ب) الكوكايين وسائل بونان :

الكوكايين بمفرده لا يفيد إطلاقاً فى هذه الحالة أما المركب الذى يسمى سائل بونان فهو عظيم الفائدة .

(حـ) كلورور الزنك :

لتفاعله المختر على المواد الزلالية يفيد فى إزالة الحساسية ويجب حماية الأنسجة المجاورة للسن عند استعمال هذا الدواء .

(د) نترات الفضة :

يمكن استعمالها فى محلول قوى ٣٠ أو ٤٠٪ أو حتى فى الحالة البلورية ويتلخص مفعولها فى أنها تتحد مع المادة الزلالية فتكون كلورور الفضة وهذه تصبغ الأنسجة باللون الأسود .

فإذا فضلنا استعمال المحلول القوى فتمرر قطعة من القطن مشبعة بهذا المحلول على العاج الذى يكون قد سبق تجفيفه ثم تغسل الحفرة بالماء الفاتر .

(ه) حمض الزرنيخ :

يجب عدم استعماله فى هذه الحالة نظراً إلى قوة تسلله إلى داخل الأنسجة وإصابة اللب وإتلافه .

٣ ــ الحشوات المؤقتة :

وضع الحشوة المؤقتة فى مكانها مدة ما يعمل على إزالة إحساس العاج وأحسن هذه الحشوات هى التى تعمل من جوتابركا « هل » حيث يكون فيها أكسيد الزنك بنسبة ٧ : ١٠ أو حشوة السمنت بالأكسيكلورور أو الأكسيفوسفات الزنك أو جشوة أكسيد الزنك مع الإيجونول .

٤ ــ التبريد :

له جهاز خاص اسمه « الجازوتيرم » أو يمكن الحصول عليه بواسطة الكلورور الأتيلى .

٥ ــ التخلل الكهربائى :

وهو الاستعانة بالكهرباء لإدخال دواء مخدر فى طبقات العاج وانتشاره فيها .

٦ ــ التخدير الموضعى والتخدير الناحيوى :

من أهم ما يشار به فى مثل هذه الحالة لا سيما التخدير الناحيوى حيث يعتبره الطب الحديث أقوى ما يتخذ للتغلب

على شدة إحساس العاج .

تطهير العاج :

يجب تعقيم حفرة النخر قبل حشوها وللتعقيم طرق عديدة نكتفى منها بما يلى :

الطريقة الأولى :

خطواتها كما يلى :

تجفيف الحفرة بالكحول المطلق ثم تجفف بعدها بالهواء الحار .

الطريقة الثانية :

تجفف الحفرة كما سبق بالكحول والهواء الساخن ثم تدهن بمحلول قوى من حمض الفينيك أو محلول الكريوزوت أو محلول اليودوفور أو الأريستول ثم تحشى بعد ذلك .

الطريقة الثالثة :

تكون بوضع دواء مطهر فى الحفرة تحت حشوة من أكسيد الزنك والإيجونول وتركه لمدة ٢٤ ساعة أو ٤٨ ساعة ويجب أن لا يكون الدواء المختار كاو قوى حتى لا يؤثر على اللب ، ويحسن الابتعاد عن جميع الأدوية التى يدخلها الفورمول أو أكسيد الميتيلين الثلاثى فيستعمل مثلاً حمض الفينيك أو الكريوزوت فى محلول مخفف أو فى الجليسرين ويستحسن استعمال عجينة من أكسيد الزنك والإيجونول فقط إذ أنها مطهرة ومسكنة .

الفصل الرابع

النخر الثاقب (١)

أولا : النخر ثاقب ولكن اللب حى ولا يزال يؤدى وظيفته .

التشريح المرضى – الأعراض – العلامات – الآلام –
التشخيص – العلاج الوقائى .

التشريح المرضى :

فى النخر الثاقب الذى يكون فيه اللب لا يزال حيا نجد فى حفرة النخر جميع الأوصاف والمتخلفات التى كانت موجودة فى حفرة النخر البسيط مضافاً إليها فتحة بسيطة توصلها بحجرة اللب وهى ترى بالعين المجردة بمساعدة المرآة الفاحصة كنقطة محتقنة فى وسط الحفرة لونها أحمر تدمى عند لمسها بالمسبر .

ومن الوجهه النسجية لا يوجد شىء شاذ إلا بعض تمدد فى الأوعية ثم تسلل الكريات البيضاء التى توجد بكثرة حينئذ ملتصقة على الحواف كما يوجد عدد كبير من الخلايا الجنينية بين الأوعية وطبقة النسيج الضام .

الأعراض : حجرة اللب مفتوحة . فإذا فرضنا من الوجهة النظرية أن اللب لا يزال على حالته الطبيعية يؤدى وظيفته مع أن هذا نادر جدا وجدنا ما يأتى :

حفرة النخر شديدة العمق تصل إلى اللب والفتحة الموصلة بينها وبين حجرة اللب تنتهى إلى قرب وسط اللب عادة فى

الأسنان وحيدة الجذر أو إلى أحد القرون اللبية فى الأسنان كثيرة الجذور ويكون شكل اللب ظاهراً من هذه الفتحة كنقطة صغيرة لونها وردى تدمى بسهولة إذا ما لمسّها أى آلة كالمسبر مثلاً .

وجميع الآلام التى تحدث فى النخر البسيط تحدث هنا أيضًا فى هذا النوع من النخر الثاقب ويزيد عليها آلام أخرى ذاتية أى تحدث من تلقاء نفسها دون أى سبب خارجى .

الآلام :

تكون أشد من ألم تسويس الميناء والعاج « النخر البسيط » وذلك لأن المؤثرات الخارجية كالتقلبات الحرارية والأشياء المهيّجة يقع تأثيرها على اللب مباشرة لأنه مكشوف لذا كانت البرودة والحرارة والمأكولات السكرية والمأكولات الملحية ولمس الآلات كالمسبر مثلاً وضغط بقايا المأكولات التى تملأ الحفرة بعد المضغ تسبب آلاماً شديدة مبرحة تستمر زمنًا وهى تتزايد محدثة أزمات عصبية .

ويوجد نوع آخر من الألم مميز لهذه الحالة المرضية ويكاد يكون قاصراً عليها وهو الألم الذى ينتج من عملية المص لأن المص يسبب احتقان اللب بضغطه على الألياف العصبية وقد يزداد هذا الاحتقان فيمزق الأوعية وينزف الدم ويصحب كل هذا ألم لا يطاق .

وقد يتسبب الألم للمريض من أشياء يأتيها هو عن غير تعمد كالسعال مثلا أو العطس أو من الحيض عند النساء ... إلخ .

فيحتقن اللب ويتضخم وتضيق حجرته عن أن تسعه .

ويتسبب عن ذلك ألم شديد وهذا الألم هو ما يدعوه العامة عادة (نزلة الأسنان) فإذا كانت حجرة اللب متسعة ساعد ذلك على التخفيف من حدة الألم وربما أدى إلى عدم ظهوره إطلاقا . وفى حالة النزلة السنية يكون الألم شديدا مستمرا موضعيا فى ناحية السن النخرة فقط واستمراره يكون من بضع دقائق إلى بضع ساعات يتخللها فترات راحة ، وهذا هو التهاب اللب دون الحاد .

فإذا استمرت المهيجات والمؤثرات وتكررت . انتقلت الحالة إلى الالتهاب اللبي الحاد الذى تزداد فيه الأعراض السابقة قوة وشدة . ويحسن بنا هنا أن نصف ما يقاسيه المريض فى هذه الحالة عن لسانه هو .

يقول المريض إنه يشكو نوبة آلام شديدة الوطأة من بضع أيام ويعين موضع الألم بالضبط مشيراً إلى السن المصابة — وهذه الآلام تكون نتيجة لضغط الدم عند دفعه فى أوعيته أثناء انقباض القلب وتكون نوبات الألم متقطعة موافقة لضربات القلب ولا يوجد مؤثر خارجي يسبب هذا الألم إلا فى بعض الحالات النادرة التى يجهد فيها المريض نفسه عن غير قصد على أثر عطسة أو كحة شديدة كما أن بقايا الطعام بتراكمها وضغطها على اللب تسبب هذه الآلام وشرب المشروبات الساخنة أو الطعام الذى تكثر فيه التوابل أو المآكل الشديدة الحموضة أو شفط الهواء بطريق المص يدعو لظهور الألم .

أما نوبات الألم فلا حد معين لبقائها فقد تمكث ساعة كما قد تستمر طول الليل .

التشخيص :

بمساعدة الأعراض المذكورة نتمكن من التحقق من تشخيص هذه الحالة والتأكد من أنها التهاب اللب الحاد ويلاحظ أن نوبات الألم بدل أن تزول بزوال العامل المؤثر كما فى حالات النخر البسيط تستمر هنا مدة تتراوح بين الطول والقصر وإذا كان المؤثر من ضغط بقايا الأطعمة على قاع الحفرة طالت مدة الآلام .

وأهم مميزات أعراض التشخيص هو حالة مص الهواء والألم الناتج عنها لأن الآلام الذاتية الناتجة من تلقاء نفسها لا رابط لها فهى قد تختفى بعد بضع لحظات أو قد تستمر فتسبب نزلة الأسنان .

وعند فحص الطبيب لحفرة النخر يجب مراعاة الحذر وخفة اليد حتى لا يكون هو سبباً فى خلق آلام شديدة أشد من الأولى .

ويندر جدا أن يصادف لب فى مثل هذه الحالات حافظاً لكيانه الطبيعى قائماً بوظيفته الحيوية ويكون اللب فى حالته الطبيعية فى حادثة واحدة فقط هى حادثة كشفه خطأ بواسطة آلات الطبيب أثناء مداواة السن لذلك يقتصر وصف علاج حالة اللب الذى لا زال قائماً بوظيفته الحيوية على اللب المنكشف من الحادثة السالفة الذكر ويكون العلاج فى هذه الحالة وقائى .

الفصل الخامس

النخر الثاقب (٢)

التهاب اللب الحاد العام مع تلف جزء منه

التشخيص : التشريح المرضى — تضخم اللب — ضمور اللب — العلاج حامض الزرنيخ وكيفية استعماله — خطوات العمل به . مفعول حامض الزرنيخ — حوادث حامض الزرنيخ — استئصال الأنسجة التى أماتها حامض الزرنيخ — التخدير اللثوى — التخدير الناحيوى — بتر اللب — طريقة العلاج .

الالتهاب اللبي الحاد :

يكون فيه اللب قد أصيب بأجمعه بالتهاب مع تغيير فى لون السن إذ يصبح بياضه مائلا إلى الزرقة التى تعلل بتكون بعض الأصباغ الدموية فى السن . وتكون الآلام هى نفسها التى كانت فى الحالة السالفة ، كذلك الآلام الذاتية التى لا تنتج من مؤثرات خارجية إلا أنها فى هذه الحالة تمتاز بتعديها منطقة الإصابة إلى المناطق المجاورة فينتشر الألم إلى مسافات تصيب بعض المناطق المتقاربة المحيطة بالسن .

أما الآلام المتقطعة فيختلط على المريض تعيين موضعها حتى إنه قد يتهم سنا آخر غير السن المصابة وفى هذه الحالة المرضية نكون أمام مشهدين للألم :

١ — النزلة السنية ٢ — آلام العصب الوجهى المسببة عن

إصابة سنية . وتكون الآلام العصبية الوجهية فى هذه الحالة راجعة إلى التهاب عصبى ويشعر فيه المريض بالآلام فى كل ناحية الوجه التى فيها السن المصابة ويبدأ الألم عادة عند حلول الليل ويكون مصحوباً بآلام موضعية فى مناطق معينة فلو كانت الإصابة مثلاً فى رحى سفلية فإن الألم الموضعى يحدث فى موازاة الثقبة الذقنية عند العصب الداخل فيها . وإذا كانت الإصابة فى سن علوى فإن الألم الموضعى يكون فى الثقبة تحت العينية فى العصب الداخل فيها أيضاً وقد يمتد الألم وينتشر حتى إنه فى بعض الأحيان يصيب الأذن .

التشخيص : تتشابه الأوصاف هنا مع أوصاف الإصابة بالصداع الناتج من الالتهابات العصبية الوجهية — ولذا كثيراً ما يخلط بين تشخيص الحالتين ولكن هناك أعراض مميزة توضح الإصابة السنية وهى :

١ — أغلب الآلام الناتجة فى مثل هذه الحالة يكون مرجعها إلى أصل سنى ظاهر وقلما ترجع إلى أسباب أخرى .

٢ — تفحص مناطق العين والأنف والأذن بدقة وأعراض أمراض هذه الأعضاء سهلة الكشف ويختلف تأثيرها وأوصافها بحيث يسهل تمييزها عن بعضها .

٣ — لآلام العصب الوجهى خطوات خاصة ومميزات تميزها عن الآلام الناتجة من أصل سنى يسهل على الطبيب معرفتها .

٤ — لقد ثبت أن آلام العصب الوجهى التى كثيراً ما تحدث

على أثر الأمراض العامة الحادة كالأنفلونزا والتيفود والسل وفقر الدم — يرجع سببها إلى أصل سنى تكون قد أحدثتها هذه الأمراض فى الأسنان . لذلك وجب الاهتمام فى حالة الشكوى من آلام العصب الوجهى بالكشف على سبب سنى أولاً .

٥ — وأكثر من ذلك قد ينتشر الألم فى داخل الفم بحيث يصعب على المريض تحديد مناطقه فتتعقد فى هذه الحالة مهمة الطبيب إذ يتحتم عليه فحص جميع الأسنان بدقة فإذا شكا المريض ألماً فى الناحية اليمنى فهذا لا يمنع الطبيب من فحص أسنان الجهة اليسرى فإذا شكا المريض آلاماً فى الأذن تصل إلى ناحية الأرحية السفلية فقد تكون هذه الآلام ناتجة من إصابة أضراس العقل العليا إذ أنها هى التى تسبب مثل هذه الآلام .

وإذا شكا المريض آلاماً فى الناحية الذقنية تفحص أسنان الفك الأسفل الأمامية وإذا انتشر الألم فوق أو تحت منطقة العين تفحص أسنان الفك العلوى — فإذا ظهرت أسنان الناحية التى فحصت بأنها سليمة بنظرة سطحية فيجب التفكير فى الحال فى نخر على السطوح المتجاورة للأسنان أو نخر فى أعناق الأسنان.

ففى مثل هذه الإصابات المختفية قد يتهم المريض خطأ جزءاً من سن مكسور موجود فى الناحية المتألمة أو سن أخرى مصابة بنخر جاف ظاهر للعين بأنه السبب فى آلامه .

التشريح المرضى : فى حالة النخر الثاقب الثانية أى التى يكون اللب فيها ملتهباً وجزء منه تالفاً تظهر جميع أعراض

إصابة اللب المذكورة فى الفصل السابق مع اختلاف قليل ويزداد هذا الاختلاف كلما ازداد التهاب اللب فيتغير لونه إلى ما يقرب من اللون الرمادى ويصبح متقرحاً متقيحاً .

تضخم اللب : يتضخم اللب وينتفخ قرب ثقب الحفرة ويكون سهل الإدماء لأقل سبب ويصحب الإدماء آلام خفيفة .

الضمور اللبى : يشمل الضمور اللبى ما يأتى :

١ — التفتت الليفى : الذى كثيراً ما يحدث عقب عملية تسقيف خاطئة .

٢ — التفتت الشحمى : ٣ — التفتت الكلسى :
وهو عبارة عن حبيبات كلسية تنشأ وتنتشر فى وسط الكتلة اللبية يتحول اللب فيها إلى قطعة كلسية صغيرة تسد حجرته .

العلاج : أحسنه ما كان خاصا بالمحافظة على اللب غير أنه لسوء الحظ قلما تنجح طرقه .

حامض الزرنيخ :

مسحوق أبيض بلورى قليل الذوبان فى الماء إذا وضع على الأنسجة الحية تسبب عنه آلاماً شديدة مع احتقان وإماتة فى الأنسجة التى يوضع عليها — على أن تماوت الأنسجة هذا لايكون سببه من فعل الدواء الكاوى الكيماوى لأن المعروف عن الزرنيخ أنه لا يتعرض لبنية الأنسجة أما عمله فمنصب على موارد تغذيتها وتغذية خلاياها لذلك كان من أهم عوامل نجاح فعل حمض الزرنيخ أن تكون الأنسجة التى يعمل فيها حية . أما إذا وضع الحمض على أنسجة ميتة فإنه يكون عديم التأثير وحمض

الزرنيخ يسد الأوعية التى تغذى النسج الحية فيجمد الدم الذى يجرى فيها ولا يصل إلى النسج لتغذيتها فتختنق تلك النسج ويسير فيها الموت .

كيفية العمل : يستعمل حامض الزرنيخ مسحوقاً كما هو أو ضمن تركيبات بشكل معاجين ولا يجب أن يتعدى حجم الجزء المستعمل منه على حجم رأس الدبوس .

خطوات العمل :

يحسن وضع حمض الزرنيخ بقدر المستطاع على العاج بعيداً عن اللب ويغطى بالحشوة وإذا كان النخر على السطوح المتجاورة يفضل استعمال الدواء ويغطى بقطنة مغموسة فى السندراك أما فى نخر عنق الأسنان فتكون الحشوة من الجوتا بركا أو السمنت المؤقت وكذلك فى النخر المركب الذى يكون على سطحين من سطوح الضرس وعلى العموم يجب الاحتراس فى كل هذه الحالات من عدم انتشار حمض الزرنيخ وسريانه فى غير الموضع الذى وضع فيه ويكون العمل على خطوتين فى حالات النخر الصعبة فيجب أن تحشى الحفرة أولا ثم تعمل فتحة فى هذه الحشوة مناسبة لوضع الزرنيخ فيها .

المدة التى يمكثها الدواء فى موضعه :

لا يجب أن تزيد المدة التى يمكثها هذا الدواء فى موضعه عن ٢٤ ــ ٤٨ ساعة عند البالغين أما عند الأطفال فتكون من ١٢ ــ ٢٤ ساعة هذا إذا كان الزرنيخ فوق اللب مباشرة أما إذا كان فوق العاج فقد تزيد المدة من يومين إلى أربعة أيام وأحيانا

ثمانية أيام — وإذا استعمل الدواء على أسنان الفك الأسفل فيحسن أن لا تزيد المدة عن ٤٨ ساعة أما على أسنان الفك الأعلى فلا بأس من زيادة المدة عن ذلك حسب ما تقتضيه الظروف مع مراعاة الاشتراطات السابقة الذكر .

مفعول حامض الزرنيخ :

يصحب استعمال حامض الزرنيخ عادة آلام عصبية تظهر عقب وضعه بساعتين وهذه الآلام تتفاوت من حيث شدتها وقوة وقعها على المريض ومن الملاحظ أن حمض الزرنيخ إذا وضع على لب مدم خفت نوبة آلامه أو حتى اختفت بتاتاً وفي بعض الحالات الخاصة يستدعى أن يسبق استعمال حمض الزرنيخ وضع أدوية ملطفة أخرى كحمض الفينيك المركز أو الكريوزوت لتخفيف آلام حمض الزرنيخ .

ويجب على الطبيب أن ينذر المريض بحدوث تلك الآلام قبل وقوعها حتى يستعد لها ولا يتضايق من حدوثها وليعلم أن السن سيموت لبها وما الآلام التى تحدث إلا آلام الاحتضار فتغمس قطعة صغيرة من القطن فى حجم رأس الدبوس فى الكريوزوت ثم تمر على غطاء زجاجة حمض الزرنيخ من الداخل طبعاً فيعلق عليها من الحمض مقداراً يناسب المطلوب منه ثم توضع فى حفرة النخر وتسد الحفرة سدا لا يسمح بوقوع ضغط على قطعة القطن بأن تحشى بالسمنت المؤقت ولا بأس من أن يوصف للمريض تعاطى الأدوية المضادة للآلام العصبية .

حوادث حمض الزرنيخ :

هذا الدواء يستعمل من زمن طويل فى أمريكا وينحصر خطره فى أنه كاو وهذه الخاصية تؤثر فى الأنسجة التى حول السن — فإذا وجدت فى السن قناة شاذة زائدة فلا يلبث أن ينتشر حمض الزرنيخ ويؤثر فى الرباط السنى السنخى إلا أن وقوع ذلك نادر ولتجنبه يجب مراعاة عدم وضع حمض الزرنيخ فوق القنوات مباشرة بداعى قوة التأثير وشدة المفعول وكثيرا ما تصاب اللثة المحيطة بالسن من مفعول حمض الزرنيخ وفى هذه الحالة يغلب أن يكون الرباط السنى السنخى قد أصيب أيضاً فتحدث من ذلك آلام شديدة غير محتملة ومستمرة وتصاب السن بهزة وتصير شديدة الحساسية لأقل لمس بسيط وتتأثر تبعاً لذلك حالة الجسم عامة إذ قد تصيبه نوبات تشنجية مع ارتفاع فى درجة الحرارة ويكون لون الجزء المصاب بنى ضارب إلى السمرة ويتآكل الغشاء المخاطى ويظهر العظم الذى تحته منزوعاً عنه سمحاقه ويكون يابسا ولونه رمادياً ثم لا تلبث هذه الظواهر أن تزول تدريجيا بعد تفتت العظم وتحوله إلى شظايا عظمية وانفصالها عن باقى عظام الفك ودفعها إلى الخارج ثم يأخذ العظم المصاب بعد ذلك فى الشفاء والالتئام .

وتعتبر هذه أخطر حوادث حمض الزرنيخ بل أخطر الحوادث التى تأتى عن الطبيب لذلك يجب الاحتراس منها والعمل على تلافيها .

استئصال الأنسجة التى أماتها حمض الزرنيخ :

بعد موت اللب يجب العمل على استئصاله ونزعه من مكانه كما يجب أن تنظف الحفرة من جميع المواد المتخلفة فيها مع مراعاة شكل السن التشريحى عند إجراء هذه العملية فبعد العثور على فتحات القنوات داخل السن تنزع ما تحويه كل قناة من شعب اللب باستعمال الإبر الشائكة الخاصة بهذه العملية والإبر الملساء التى تفيد فى توسيع فتحات القنوات ولسهولة العثور على فتحات القنوات توضع فى الحفرة قطعة من القطن مغموسة فى حمض الكبريتيك الذى قوته ٤٠٪ بعد أن تكون قد غسلت وجففت جيداً ثم ترفع هذه القطعة بعد برهة وجيزة فنرى أن الحفرة قد لونت باللون الأبيض وظهرت فتحات فى وسطها على شكل نقط سوداء وتصبح الفتحات واضحة ظاهرة فإذا ظهرت أنها ضيقة وجب توسيعها . ويستعمل حمض الكبريتيك قوة ٥٠٪ لتوسيع فتحات القنوات ويلاحظ تعديل كميات الحمض التى تزيد عن الحاجة بواسطة الغسيل المتكرر بمحلول بكربونات الصودا « القلوى » ثم تنتهى العملية بأن تترك فى كل قناة فتيلة من القطن مغموسة فى الكريوزوت أو الفورمول وتترك لعدة أيام فإذا لم تظهر أى أعراض شاذة رفعت الفتايل وحشيت القنوات .

التخدير بطريق اللثة :

تختلف طريقة تخدير اللثة عنها فى حالة تخديرها عند خلع الأسنان . فى هذه الحالة الأخيرة نستعمل محلولاً مخدراً بنسبة ١٪ ويجرى حقن المخدر تحت الغشاء المخاطى أما فى حالة

تخدير اللثة لنزع اللب فتستعمل محلولاً مركزاً محتوياً على ٤ ــ ٥ سنتيجرام من المخدر فى كل ٣ سم ويحقن المخدر فى موازاة ذروة السن من ناحية اللسان فى الأسنان السفلية وسقف الحلق فى الأسنان العلوية ومن الناحية الأخرى المقابلة حسب وضع السن من الفم ويكون الحقن فيما تحت السمحاق كذلك يكون وقت الانتظار هنا بعد الحقن أطول منه فى الحالة السالفة فلا تقل عن ١٥ دقيقة وبذا نصل إلى تخدير اللب ونزعه وتنظيف الحفرة ووضع فتيلة مغموسة فى الماء الأكسجينى .

التخدير الناحيوى :

يجرى التخدير الناحيوى عند مدخل العصب السنى السفلى فإنه بحسب الظاهر ينظر إليه بأنه الطريقة المثلى لنزع اللب إلا أن التخدير بهذه الطريقة كثيراً ما ينتج عنه نزيف شديد قد ينتهى بأوخم العواقب .

بتر اللب :

هو نزع جزء اللب الموجود فى حجرته وترك شعبه الجذرية الموجودة فى القنوات ولهذه الطريقة مؤيدون عديدون يحبذونها بآرائهم وتعليلاتهم التى أهمها :

إن اللب يختلف فى وظيفته عن وظيفة شعبه فإذا ما نزع اللب بطل عمل شعبه فى الحال إلا أن هذا الرأى ما زال يحتاج إلى إثبات وتأييد فنى . وعندى أن ما ألجأ الأطباء إلى مثل هذا القول إنما هو الصعوبات التى يلاقونها عند القيام بعملية نزع شعب اللب من قنواتها لا سيما إذا تصادف وجود شذوذ تشريحى فى

جذور السن وتشعب فى نهايتها فى بعض الأحايين أو وجود شعب أخرى زائدة عن المألوف مما يضطرنا إلى التمشى مع هذه الآراء والعمل على مداواة هذه الشعب وتطهيرها مع بقائها . ولو تمكنا من حماية هذه الشعب من إصابتها بالمضاعفات التى أهمها الورم الحبيبى لكانت هذه الطريقة هى المفضلة على غيرها ولكن هذا السبب وحده يجبرنا على استئصال هذه الشعب والتأكد ما أمكن من إزاحتها .

طريقة العلاج :

ينزع اللب من حجرته وتنزع شعبه من قنواتها ثم تحشى حجرة اللب بمركب يتكون من بودرة أكسيد الزنك مع أكسيد الميتيلين الثلاثى مع روح القرنفل فإذا لم يحدث ما يشعر المريض بالألم لمدة ثمانية أيام تحشى السن نهائيا .

الفصل السادس

النخر الثاقب (٣)

اللب الميت

التشريح المرضى – الأعراض – العلامات – تأثير الجراثيم على محتويات القناة والعاج والملاط وما حول ذروة السن – العلاج– توسيع القنوات آلياً وكماوياً – تطهير القنوات – طريقة باكلى وطرق أخر– حشو القنوات – علاج ما حول الذروة – إعادة حشو القنوات – ثقب القناة أثناء المداواة وعلاجه .

التشريح المرضى :

يكون اللب كله ميتا . فإذا كانت الحفرة النخرية مفتوحة لا يصحب الإصابة أى ألم ألبتة . أما إذا سدت القنوات وحشيت بمخلفات النخر فيتعرض السد لحدوث مضاعفات مرضية وساحة المرض فى هذه الحالة تكون مليئة بالعاج النخر وتكون القنوات متسعة واللون الغالب عليها رمادى مائل إلى السمرة والرائحة المنبعثة منها عفنة ذات طابع خاص تتميز بها هذه الحالة .

الأعراض :

ليس لهذه الحالة أعراض خاصة .

العلامات :

بإدخال المسبر إلى الداخل فى القنوات ثم شمه بالأنف

نجده حاملاً الرائحة العفنة الخاصة السالفة الذكر التى تشير إلى موت اللب أما الجس بالأصبع والطرق على السن فلا يسببان أى ألم فإذا أردنا المحافظة على السن فى مثل هذه الحالة وجب اتباع الطريقة الهامة الآتية فى المداواة : وهى أن نبدأ أولا بنزع كل الطبقات اللينة والأنسجة الميتة وتوسع فتحة حجرة اللب ولو استدعى الأمر التضحية ببعض طبقات العاج السليمة حتى يصبح الوصول إلى القنوات سهلا ميسراً بلا مانع فتظهر بذلك مدى الإصابة ماثلا أمام أعيننا وقد يتصادف أن تكون أحد شعب اللب فى إحدى القنوات لا تزال حية حساسة فتعوق بحساسيتها هذه مواصلة العلاج بالكامل ويلاحظ عدم استخدام الزرنيخ فى مثل هذه الحالة لأنه سرعان ما يتسرب إلى الذروة ويسبب التهاباً فى الرباط السنى يسمى الالتهاب الزرنيخى ويكون خطراً جدا على السن كما لا يمكننا استعمال طريقة التخدير بالضغط لأننا بها نساعد على دفع الجراثيم إلى الداخل مع السائل المخدر فنعمل بذلك على امتداد الإصابة .

وأسهل هذه الطرق وأحسنها هى :

نزع الشعب اللبية بإبرة العصب الشائكة فإذا كانت شعب العصب شديدة الحساسية نزيلها بوضع فتيلة مغموسة فى سائل بونان وفى كل هذه العمليات يجب الحذر من الخطر الذى ينتج من إصابة الرباط السنى السنخى الذى حول ذروة السن . ويجب فى علاج هذه الحالة الاعتناء الزائد بتطهير الحفرة النخرية والتأنى والدقة المتناهية فى إتيان هذا التطهير عند علاج الحالات

النخرية السالفة لأن فى هذه الحالة توجد أنواع عديدة من الجراثيم الكامنة . منها ما هو هوائى ومنها ما هو غير هوائى .

وفيما يختص بالعاج والملاط :

تتصل « الخلايا المكونة للملاط » بالقنيوات التى يوجد منها من ١٥ — ٢٠ ألف فى كل مم[٢] فيحدث بينهما دورة بطيئة بواسطة الضغط الأوزموزى فتفتت الإصابة العفنية المواد العضوية وتتلف الجراثيم العاج وتوسع القنيوات فتتمكن من الوصول إلى الملاط الذى يبدأ الدفاع عن نفسه ضد الإصابة .

وفيما يختص بما حول الذروة :

فتوجد هناك فسحة بلاك وهى فقيرة فى الأنسجة الضامة عن باقى الرباط السنى إلا أنها غنية عنه بالأوعية الدموية فإذا وصلت الإصابة إلى فسحة بلاك وألهبتها يتكون فيها برعم من نسيج ضام يسمى الورم الحبيبى (الجرانيولوما) فإذا كانت الإصابة شديدة تتضخم « الجرانيولوما » متلفة بتضخمها هذا الصفيحة الخارجية للفك التى تتقرح ويحدث فيها خراج ينتهى بحدوث الناسور .

العلاج :

رأينا إذن كيف تعقد الداء بعد إصابة هذه المناطق فالأنسجة الصلبة محتاجة إلى مطهرات قوية وشديدة التخلل والانتشار إلا أن هذه المطهرات لا يجب أن تصل إلى الخلايا الحية الموجودة فى منطقة ما حول الذروة حتى لا تعرضها للتلف . فينتزع العاج النخر من الحفرة وبقايا اللب من حجرته على شرط أن لا نمس

القنوات ثم نغمس قطعة من القطن فى معجون روبان ونضعها فى حجرة اللب وبعد ٤٨ ساعة من وضع هذه القطعة نتمكن من الولوج فى القنوات ومعالجتها . وعلاج القنوات فى هذه الحالة متعباً شاقاً وترجع معظم صعوبته إلى الانحناءات الموجودة فى القنوات وإلى دقتها وشذوذها فى كثير من الأحايين .

تطهير القنوات :

بعد توسيع القنوات تنظف وتطهر ويعتبر تطهير القنوات من الحالات التى استعمل فيها الأطباء معظم المطهرات المعروفة . أما أهم الصفات التى يجب أن يتميز بها المطهر المختار فهى ما يأتى :

يجب أن يكون قاتلا للجراثيم قويا شديد التخلل حتى يسهل انتشاره بين طبقات العاج . وحيث إن قوة المطهر فى قتله للجراثيم تتناسب مع قوته ككاو فهذا يجعلنا نلجأ إلى استعمال دوائين أو أكثر يعدل أحدهما قوة الآخر (كالكريزوت والفينول) مثلاً وترجع قوة تخلل الأدوية المطهرة فى طبقات العاج إلى نظرية الضغط الأوزموزى والشعيرات — ولكى تتحقق هذه النظرية وجب أن يكون الدواء المستعمل قابلاً للذوبان فى الماء وطيار إذ أن هذه الصفة تساعد الدواء على الانتشار والتخلل فى الطبقات الموضوع عليها .

طريقة باكلى :

اكتشف باكلى دواء يتفاعل مع المواد المتخمرة المتراكمة

في حفرة النخر فيكون منها مركبات كيمائية من خصائصها أنها غير سامة وقاتلة للجراثيم . وهذا الدواء هو من الألداهيد فورميك، المذابة فى الماء بنسبة ٤٠٪ واسمها الفورمول إلا أنه وجد أن الفورمول لا يكون قوى التأثير فزوده بالكريزول والكريزول من مشتقات حمض الفنيك وقد استعمل باكلى الاورتوكريزول والباراكريزول والميتاكريزول تحت اسم الكريزول الثلاثى أو التريكويزول ،والتريكروزول عبارة عن سائل أصفر اللون يعطى رائحة الكريزول ويذوب فى الماء بنسبة ٢٪ وهو يختلط مع المواد المتخمرة المتعفنة فيكون منها مواداً مطهرة فيتحد الأمويناك المنبعث من تلك المواد المتعفنة مع الفورمول ويكونان الأتروبين « وهذا مطهر » ثم يتحد الفورمول أيضا مع الهيدروجين المكبرت مكونا الكبريت وهو جسم صلب والذى ساعد باكلى على خلط التريكروزول بالفورمول هى المزايا الآتية :

١ ـ يختلط التريكروزول بالفورمول فى جميع النسب .

٢ ـ للتريكروزول قوة توازى ثلاثة أمثال قوة حمض الفينيك .

٣ ـ يتحد التريكروزول مع المواد الشحمية مكونا الليزول الذى يعتبر من أقوى المطهرات ويجب أن يستعمل هذا الدواء المسمى : «دواء باكلى» نسبة إلى واضعه تحت حشوة مسدودة سداً محكما . والخلاصة يجب الالتجاء إلى استعمال الأدوية المطهرة وتكرار هذا الاستعمال حتى يتم الشفاء والتأكد منه .

ومن علامات حدوث الشفاء اختفاء الآلام بعد آخر دواء

وضع بثمانية أيام على الأقل كما أن الفتيلة التى تدخل القنوات تخرج بدون رائحة كريهة .

حشو القنوات :

يجب أن تحشى القنوات بأكملها أى حتى ذروتها وحشو القنوات حتى الذروة يصعب تحقيقه إما لعدم التأكد من شكل الجذر أو لوجود شذوذ فى نفس القنوات أو لتشعبها زيادة عن الشكل التشريحى ويجب أن تكون مادة الحشو متينة ذات قوام ثابت معتمة للأشعة .

خطوات الحشو :

١ — التجفيف بالكحول والهواء الساخن .

٢ — وضع معجون رويان مع مخروط من الجوتابركا « يباع فى مخازن الأسنان » .

علاج ما حول الذروة :

هذه المنطقة يصعب تطهيرها ويشمل علاجها استعمال مطهرات خاصة . وتحتوى هذه المنطقة على أنسجة حية لذا كان الواجب يقضى بعدم التأثير عليها وإتلافها بل مداواتها بطريقة تساعد خلاياها على الدفاع والمقاومة ضد غزو الجراثيم فوضع أدوية مهيجة لا يطابق ما نريده لها ويعرضها لحدوث التهابات متنوعة ويكفى فى معظم أطوار هذه الحالة أن يطهر الجذر لتطهر معه الأنسجة التى حول الذروة لأن أبخرة المطهرات التى توضع

فى الجذر تكفى للتأثير على هذه الأنسجة وتطهيرها كما أن تطهير الجذر يحول دون امتداد الإصابة إلى الأنسجة التى حوله . ومن المطهرات المفيدة لهذه الحالة « الديكلورامين آ » الذى يشبه فى تركيبه «سائل داكان»حيث ينبعث منه أبخرة الكلور المطهرة .

إعادة حشو القناة :

إذا احتاج الأمر إلى نزع حشو القناة لإعادته من جديد فيجب فى هذه الحالة اتخاذ طريقة تتفق وطبيعة الحشوة الموجودة فإذا كانت الحشوة من الجوتابركا فيستعمل لإذابتها واستخراجها الكلوروفورم والكحول وإذا كانت من السمنت يستعمل لها الأثير أو حمض الكبريتيك وإذا كانت من المعدن نستعمل لإزالتها المثاقب الخاصة .

ثقب القناة أثناء المداواة ومعالجته :

يحدث عادة عند توسيع القناة آليا أن تثقب فإذا تأكدنا أن الثقب الحادث لم يتلوث بالجراثيم حشونا فى الحال بعجينة أكسيد الزنك والإيجونول . أما إذا كان قد تلوث وهذا هو الغالب فيجب الالتجاء إلى تطهيره بمطهرات غير مهيجة وغير كاوية كالإيجونول والكريوزوت والماء الأكسجينى ثم حشوها بعجينة أكسيد الزنك والإيجونول ويجب أن نتجنب جميع المطهرات القوية .

الفصل السابع

موت اللب بدون نخر (غنغرينا اللب)

وصفها : الأسباب : (ا) اضطراب الدورة الدموية (ب) إصابة عامة أو موضعية (جـ) آفات عصبية – التشريح المرضى – الأعراض والعلامات – المضاعفات .

وصفها :

قد يموت اللب بدون أن تصاب السن بالنخر فيسمى هذا طبياً غنغرينا اللب ولا يصيب هذا المرض عادة إلا الأسنان وحيدة الجذر وغنغرينا اللب معروفة من قديم الزمن .

أسبابها :

(ا) اضطرابات الدورة الدموية :

يحدث التماوت فى اللب على أثر صدمة قوية للسن تقلقله فى مفصله فتنقطع الحزمة الوعائية العصبية الداخلة إلى القناة الجذرية من الذروة فينقطع الدوران الدموى بانقطاع الحزمة الوعائية كذلك قد تنقطع الحزمة الوعائية على أثر معالجة التهابات الجيوب الفكية من ناحية الأسنان بواسطة المجارف الخاصة المعدة لذلك . كما أن قلقلة الأسنان من إصابتها بمرض البيوريا تكون سببا فى قطع الحزمة الوعائية وتماوت اللب . وفى رضوض أخرى أخف وطأة من المتقدمة لا تنقطع الحزمة الذروية المذكورة .

بل يحدث التهاب مفصلي مزمن تتولد على أثره أنسجة ليفية تخنق الحزمة الوعائية بما يشبه حالة الفتق المختنق .

ومن الرضوض ما هو عرضي كما يحدث فى كسور الفكين ثم إن الآفات المرضية كالأورام قد تسبب الضغط على الحزمة الوعائية وموت اللب .

وقد يصاب الشريان بالالتهاب فينسد أو تحدث جلطة فى الأوعية فتسدها وفى كلتا الحالتين يموت اللب .

إصابة عامة أو موضعية :

إن كل العلل العامة التى تتمكن من أى عضو من أعضاء الجسم تستطيع أن تسبب غنغرينا اللب وذلك ما يحدث أحيانا عن الإصابة بالحمى التيفودية أو الأنفلونزا أو داء السكر أو التسمم الرصاصى أو التسمم الكحولى .

أما الإصابات الموضعية المجاورة للب فيمكنها أن تنتقل إلى الأوعية الدروية. كذلك وجود بؤرة التهابية مفصلية «فى الرباط» تنتقل الإصابة منها إلى الأوعية . أما هذه البؤرة فقد تكون مسببة عن رض سنى أو داء لثوى أو عن التقيح اللثوى السنخى أو عن مرض عظمى أو داء ناشئ فى الجيب الفكى يمتد إلى الأرحية العلوية (الضروس العلوية) .

وفى حالة إصابة الأسنان بالبيوريا ولا سيما الأسنان وحيدة الجذر يغلب أن يصاب لبها بالغنغرينا دون إصابة الأسنان بالتنخر — أما فى الأسنان متعددة الجذور فقد تنكشف بعض

جذورها وقد يبلغ الانكشاف فى بعض الأحيان إلى جوار الذروة فى حين أن الجذور الأخرى قد تبقى سليمة أو أن تكون أقل انكشافا ـ أما غنغرينا اللب فتحدث حين انكشاف الذروة وكثيراً ما نرى خيوط اللب فى الجذور السليمة محتفظة بحيويتها فى حين أن اللب يكون قد مات فى الجذر المنكشف . وحين تنكشف الذروة يكون قد أتلف الرباط فتقع السن من تلقاء نفسها .

وفى هذه الحالة لا بد أن يكون اللب قد مات .

الآفات العصبية :

تسبب آفات الأعصاب واضطرابها غنغرينا اللب لا سيما عند الشيوخ والمصابين بالجذام ويقال إن تقلص الشريان الفجائى (ارتعاشه) قد يؤدى إلى غنغرينا اللب كما يحدث أن يؤدى إلى غنغرينا الأطراف .

التشريح المرضى للغنغرينا :

قد تبقى الغنغرينا فى معزل عن العفن وتستمر كذلك سنوات وفى أحوال أخرى يصيبها العفن على الفور وتكون الأعراض فى هذه الحالة والتغيرات المرضية كما هى فى الغنغرينا الناتجة عن النخر . ويحدث عفن اللب من الشقوق التى تظهر على الأنسجة السنية أثر إصابتها بالغنغرينا الرضية أو عن طريق الذروة فى التقيح اللثوى السنخى العام (البيوريا) أو عن الطريق الدموى فى الغنغرينا الناشئة عن التهاب الشرايين أو وجود جلطة فى ممر الشريان .

العلامات :

إن الأسنان التى تصاب غالباً بهذه الغنغرينا هى وحيدة الجذر أما العلامات الموضحة فأهمها أننا حين ننظر إلى السن فإنها تبدو غير نخرة وسليمة ولكن لونها أسمر ضارب إلى الزرقة وحين نعكس النور من المصباح الكهربى تظهر السن أقل شفافية من الأسنان المجاورة — أما الطرق على السن فلا يأتى بنتيجة ظاهرة إذا طرقت السن وحدها فقط . لذلك ينبغى أن تطرق أيضا الأسنان المجاورة لكى يمكن مقابلة الأصوات التى تحدث حين طرق هذه الأسنان . وفى الغنغرينا المبتدئة ينتج من الطرق عرضا (الطرق اللسانى الخدى) شىء من الإحساس الخفيف .

أما الطرق طولا (فى موازاة الأسنان الأخرى) فلا يحدث أقل تأثير . وفى الطرق عرضا تنتقل الاهتزازات إلى اللب فإذا كان فيه أقل أثر للالتهاب فإن الإحساس الذى يحدث فيه يمكن أن يتحقق وجوده بالمقارنة مع الأسنان المجاورة . أما إذا أحدث الطرق طولا شيئا من الإحساس فذلك يعنى أن الغنغرينا بلغت طوراً متقدماً وأن المفصل السنى السنخى قد أصيب بشىء من الالتهاب أو الاحتقان وفى هذه الحالة وغيرها يحدث الإحساس أيضاً من الطرق العرضى ويكون الصوت حين الطرق أصم غير رنان كما هو الحادث فى الصوت الناشئ حين طرق الأسنان ذات اللب السليم .

الإحساس بالتقلبات الحرارية :

يكون الإحساس بالبرودة شديداً ونحصل عليها بواسطة

استعمال (كلورور الأتيل) ولاسيما إذا ما قورنت بالأسنان المجاورة فلا يحس بالإحساس الشديد غير السن المصابة بالغنغرينا الخالية من النخر .

فإذا لم يتوصل الطبيب إلى معرفة حالة الغنغرينا من كل هذه العلامات السابقة فما عليه إلا الالتجاء إلى ثقب السن بواسطة المثقب الخاص على شرط أن يكون حاداً ومعقماً فإذا اعترض عمله شعور بشدة إحساس العاج من جانب المريض أوقف العمل فى الحال وحشى السن .

الأعراض :

يتألم المريض والألم هو الذى يدعوه إلى الاشتباه بأن سنه مصابة ويمكنه تعيين موقع الألم بوضوح . فى بعض الأحيان عندما يتناول أطعمة أو مشروبات باردة يشعر بالألم كما أن هذا الألم قد يحدث أحياناً عند اختلاف الحرارة من بارد إلى ساخن أو من ساخن إلى بارد ويعقب هذا الألم المعروف مكانه آلام منتشرة فى جانب الوجه تصيب المريض ليلا ونهارا بدون أن يكون لظهورها سبب واضح كما أن المضغ لا يزيد هذه الآلام العميقة التى يشعر المريض معها أن السن تكاد تنشق .

المضاعفات :

إن مضاعفات الغنغرينا اللبية هى مضاعفات نخر الدرجة الرابعة التى سيأتى ذكرها فى الفصل التالى كما أن المداواة واحدة فى الحالتين .

الفصل الثامن

المضاعفات العامة للنخر (١)

الالتهاب المفصلي السني السنخي :

تعريفه وأوصافه . الالتهاب المفصلي السني السنخي الحاد : علاماته وأعراضه — الخراج : تشخيصه ، سيره ، علاجه .

تعريفه وأوصافه :

علمنا أن النخر إذا ما استمر تقدمه يكشف اللب فتبتدئ الجراثيم فى غزوه ولكن قد يتصادف أن تتجمع بقايا الأطعمة أو قطعة من العاج المتفتت فوق حجرة اللب وتغطيها وتحولها إلى ما يشبه الحفرة المقفولة . فى هذه الحالة يتعرض ما فى داخل الحجرة إلى التأثيرات الناتجة من إفرازات الجراثيم التى لوثتها ومن تكاثر هذه الجراثيم وتوالدها فهذه الجراثيم بتكاثرها وتوالدها تضطر إلى الاندفاع إلى داخل حجرة اللب حتى تصل إلى ثقبة الذروة الجذرية فتغزوها وتتعداها إلى المفصل السنى السنخى فتهاجمه ولا تجد صعوبة فى غزوه لأن الرباط السنى السنخى الذى يحيط بالسن فى هذه المنطقة يسهل على الجراثيم إصابته نظراً لأنه يتكون من ألياف رقيقة لا تجد الجراثيم فى غزوها مقاومة تذكر . فيتكون عندئذ الالتهاب المفصلى السنى السنخى . فإذا لم يحدث ما يسبب تعطيل غزو الجراثيم وتقدمها تطورت

الحالة إذ تهاجم الجراثيم بعد ذلك جوانب الفك العظمية وتصيب نسيجها الإسفنجي وتتقدم فى هجومها إلى طبقة العظم الجانبية وهى شديدة المقاومة إذ أن النسيج العظمى فيها متماسك ولكنها لا تلبث أن تهزمها وتتعداها إلى السمحاق الذى يعلوها فإذا بالالتهاب المفصلى السنى السنخي يتطور إلى التهاب السمحاق وقد ينتهى الأمر عند هذا الحد كما أنه قد تتقدم الإصابة أيضاً فيتكون الخراج السنى الذى هو فى الحقيقة التهاب السمحاق المتقيح على أنه يجب أن لا ننسى أن المرض هنا يتخذ خط سير جميع الأمراض الأخرى أى أنه عند هجومه على الأنسجة المختلفة التى فى طريقه تعترضه مقاومات مختلفة من جانب هذه الأنسجة التى إما أن تتغلب فيقف تقدم الداء وإما أن تنهزم فتتعداها الإصابة إلى غيرها . وهذا الغزو من جانب المرض وهذه المقاومة من جانب الأنسجة تستغرقان مدة من الزمن تطول أو تقصر حسب قوتهما فإن طالت هذه المدة ساعدت المرض على التطور والانتقال من حالته الحادة إلى الحالة المزمنة .

الالتهاب المفصلى السنخي الحاد :

يبتدئ هذا المرض بأعراض واضحة فتتألم السن المصابة لأقل لمس أو صدمة ثم يتخيل للمريض أن السن أطول من باقى الأسنان ويشعر فى ناحيتها بنوبات ألمية وتكون اللثة التى تحيط بها حمراء محتقنة ويجسها يتضح أن بها بعض الأورام .

ويسبب هذا الجس بعض الألم . وهذا الشعور بالألم عند الجس فى منطقة الجذر هو من أهم العلامات التى تساعد على

تشخيص هذه الحالة لاسيما إذا ما جاور هذه السن أسنان أخرى نخرة يشتبه فى أنها هى منبع الألم .

العلامات :

تكون اللثة حمراء محتقنة على طول منطقة جذر السن المصابة ويتضح من الجس أن السن مقلقلة ويسبب الجس ألماً لاسيما عند ناحية جذر السن ويعطى الطرق على السن صوتاً أصم يتضح جلياً إذا ما قورن بالأسنان المجاورة كما أن هذا الطرق يكون شديد الألم إذا ما أجرى على أى ناحية من نواحى السن المصابة .

الأعراض :

يكون الألم متواصلاً منتشراً نابضا وهو فى الليل أكثر منه فى النهار وتزيد الحرارة من شدته . ويظهر السن للمريض أنه أكثر طولاً من غيره من الأسنان وحين يطبق المريض أسنانه على الأسنان المقابلة لها من الفك الآخر تشعر بألم شديد فى السن المصابة .

لذا نجد المريض متجنباً هذا الإطباق ما أمكن ويتعذر عليه النوم كما تضعف قابليته للأكل وحين الكلام يحترس من لمس سنه للأسنان المقابلة .

ومن الطريف أن المريض يرتاح لوضع الماء البارد فى فمه حيث يهدأ الألم قليلاً ولكن بصورة مؤقتة على أن يعود أشد مما كان عليه بعد إزالة برودة الماء .

وقد يحدث فى هذا الطوز أن يلتبس التهاب المفصل السنى السنخى الحاد بالتهاب اللب غير أنه لا يشعر فى التهاب اللب باستطالة السن وكذلك فإن الضغط والطرق لا يؤلمان المريض .

والفرق الثالث هو أن المص مؤلم فى التهاب اللب ولا يسبب أقل ألم فى التهاب المفصل .

وينتهى التهاب المفصل السنى السنخى الحاد إما بالشفاء أو بتكوين خراج سنى أو ينتقل إلى الحالة المزمنة .

الخراج السنى :

إذا لم يحدث الالتهاب المفصلى الحاد ما يسبب له الشفاء فإنه يتطور ويكون الخراج السنى . ويمتاز الخراج السنى بظهور ورم يحدث عدم تماثل فى وجه المريض ويحدث الورم فى أنسجة الخد المقابل لهذه السن وتفسيره هو أن النخر يتقدم فى إصابته حتى يصل إلى عظم الفك فالسمحاق ثم ينتشر بحالته العفنية فيكون ما يسمى بالخراج الذى يتميز بالورم المذكور فإذا كان الالتهاب المفصلى ناتجا عن ضاحك أو عن رحى علوية فإن الأورام تنتشر فى الناحية الصدغية . وإذا كان ناتجاً عن ناب أو عن ثنية علوية فإن منطقة الناب بما فيها نواحى الأنف والشفة العليا هى التى تصاب بالأورام وإذا كان الالتهاب ناتجاً عن أسنان سفلية ظهرت الأورام فى المنطقة تحت اللسانية . وحتى يتم تكوين الخراج تكون الآلام الذاتية فى غاية من الشدة ومقتصرة على المناطق التى سيحدث فيها الورم وتكون مصحوبة بالام

عصبية (الصداع) فإذا تطور الالتهاب السمحاقى إلى تكوين خراج خف الألم الناتج من الضغط والطرق وخفت الأورام وإذا ما تكونت المجموعة الصديدية تحت السمحاق خفت جميع آلام السن وازداد تقلقلها وهذه الأعراض مما يساعد على تشخيص الحالة فإذا تكون الخراج يسهل التأكد منه بالجس الذى يبين أنه عبارة عن ورم تكون منطقته المتوسطة أكثر ليونة عن باقى المناطق إذ أنها هى التى يبدأ فيها تكون الصديد وهى المنطقة التى عند جسها تظهر أنها متماوجة وتزداد هذه الخاصة « خاصة التماوج » كلما تقدمت الإصابة . ويندر أن تتعدى هذه المنطقة ناحية الجذر المصابة لذلك إذا ما أردنا علاج الحالة بطريقة جراحية وجب أن تشق الأنسجة التى فى منطقة جذر السن المصابة .

ويتكون الخراج السنى عادة فى الناحية الخدية أى فى ناحية دهليز الفم ويندر جداً تكونه فى الناحية المقابلة أى ناحية سقف الحنك فى الأسنان العلوية أو الناحية اللسانية فى الأسنان السفلية على أنه إذا تكون الخراج السنى فى الفك الأسفل فى ناحية اللسان ثم تطور إلى الحالة المتشرة فإنه يصيب المنطقة تحت اللامية ويتحول إلى ما يسمى « خناق لدويج » وهو من أخطر الأمراض وينتهى عادة بالوفاة إذا لم يعتنى العناية الكافية فى علاجه .

وأحياناً تتعدى المجموعة الصديدية الحاجز السمحاقى وتعبر ما يصادفها من المناطق العضلية فى الوجه أو العنق ثم تنتهى بأن تجد لها منفذاً تحت الجلد فتخرج منه — على أن هذه الحالة

نادرة وإذا حصلت كان سببها إهمال المريض فى الإسراع بعرض نفسه على الطبيب ليبادر بما يلزمه من علاج .

التشخيص :

يكون المريض مذعوراً متهيباً وعندما يقص على طبيبه تاريخ الحالة يبدى دهشته كيف أن هذا التطور حدث بسرعة عجيبة وظهرت الأورام فى مدة قصيرة وإذا كان المريض متعلماً أظهر خوفه من أن تكون الإصابة من الإصابات الجلدية الخطيرة كالحمرة الوجهية مثلاً .

وقد نتمشى مع من يعتبرون أن هذه الإصابة بسيطة ولكن لا يمكن إنكار خطورة مضاعفاتها .

سير المرض :

إن التهاب المفصل السنى السنخى الحاد قد تكفى فيه مقاومة الأنسجة لزواله بدون أى تدخل علاجى من جانب الطبيب فإذا تقدمت الإصابة كونت الخراج السنى وكثيراً ما يشفى هذا الخراج بدون تدخل علاجى أيضاً إذا ما وجدت المجموعة الصديدية التى يحتويها منفذاً لنفسها وتخرج المجموعة الصديدية بإحدى الطرق الآتية :

١ — الطريق السنخى حيث يخرج الصديد منه إذ ذاك قرب حافة اللثة .

٢ — يخرج الصديد بثقبه الرباط السنى ونفوذه إلى السمحاق.

٣ — يخرج الصديد من القناة الجذرية للسن .

٤ — يخرج الصديد من الحافة السنخية ويستقر تحت السمحاق ثم ينفذ منه ومن اللثة المغطية له من دهليز الفم أو من الناحية اللسانية من الأسنان حسب موقع الخراج .

وإذا لم تجد المجموعة الصديدية لنفسها مخرجاً تطورت الحالة إلى التهاب فوق الحاد يؤدى إلى تكوين شظايا عظمية . وفى هذه الحالة لا يكفى فتح الخراج لإزالة الصديد واختفائه كما فى الحالة السابقة بل إن الصديد يستمر إلى أن تزال تلك الشظايا العظمية من مكانها .

العلاج :

فى حالة الالتهاب المفصلى السنى السنخى الحاد يجب تنظيف حجرة اللب والقنوات اللبية من كل ما يملؤها حتى ذروتها مع الاحتراس من عدم دفعها حتى لا تنفذ من ثقب الذروة إلى الداخل فتصبح الحجرة والقنوات بعد تنظيفها سالكة بحيث يسهل إمرار المطهرات والمضامض المضادة للعفونة منها إلى الداخل . ثم نحارب المظاهر الالتهابية كالأورام وغيرها بوضع الأدوية الخاصة والغسل بالمضامض الساخنة . وفى نفس الوقت تعمل فتحة صغيرة بمشرط دقيق نغرزه بعمق داخل الغشاء المخاطى اللثوى فتدمى اللثة ويخرج مع الدم بعض الإفرازات الأخرى التى تخفف وطأة الإصابة والمظاهر الالتهابية وشدة الآلام . ولا يجب خلع السن المصابة إلا بعد زوال كل هذه الظواهر .

وبعد إجراء العلاج التحفظى المتقدم أولا لاسيما فى الأسنان

السفلية حيث لا يسهل تصفية الصديد فالخلع لا يفيد فى استعجال الشفاء وعلاج الحالة وزوال الألم كما أن التخدير بالنوفوكاتين الأدرينالينى لا يؤثر بالمرة فى الأنسجة الملتهبة لذلك وجب عدم الالتجاء إليه فى هذه الحالة .

فإذا ما تكون الخراج السنى تجرى عمل فتحة لتفريغ الصديد قبل كل شىء ثم يعطي المريض حوالى مليون وحدة بنسلين على يومين فهذا يعتبر أفضل ما سيتخذ من علاج لذلك . إذ كثيراً ما نتمكن من المحافظة على السن وإبقائه بعد هذا العلاج ولا نحتاج إلى خلعه . ويجب أن تكون الفتحة فى الموضع الذى يكون فيه التماوج عند الضغط عليه بالأصبع وعادة يكون هذا الموضع هو أكثر المواضع ألماً عند الضغط بالأصبع . وتعمل الفتحة إما بالمشرط أو بالمكواة وتفضل المكواة حيث تستمر فتحتها بغير التئام مدة أكثر من فتحة المشرط فتساعد على تصفية الصديد ثم نجرى عمل الغسيل بالماء الساخن المضاف إليه الماء الأكسجينى بقوة ١ : ١٠ والمعدل ببكربونات الصودا ثم ننصح المريض باستعمال المضامض الفمية الساخنة والكمادات الباردة التى تتغير كل عشر دقائق طول النهار حتى يتم زوال مظاهر الالتهاب .

أما إذا ظهر التجمع الصديدى بارزاً تحت الجلد فالأفضل خلع السن المصابة خوفاً من أن تتطور الحالة إلى حدوث ناسور جلدى يصعب شفاؤه .

الفصل التاسع

المضاعفات العامة للنخر (٢)

الالتهاب المفصلى السنى السنخى المزمن .

أسبابه — التشخيص بالأشعة — الأعراض — الناسور السنى — التشريح المرضى — الناسور الشكى وأقسامه — تقسيم الناسور سريريا : الناسور المخاطى — الناسور الجلدى — الأعراض — سير المرض — تشخيص الناسور المخاطى — تشخيص الناسور الجلدى . العلاج .

١ — بالوسائل الآلية ..٢ — بالوسائل المطهرة .

أسبابه :

هى نفس أسباب الالتهاب السابق فتستقر الإصابة على الذروة وتصاب بالعفن والإنتان عن طريق القناة أو طريق ما حول الجذر .

التشخيص بالأشعة :

تظهر قمة الذروة سمراء مجوفة من تأثير امتصاص الملاط ويكون السن محاطاً عند جذره بالرباط الذى يظهر بشكل بروز أحمر دام . وعند الذروة وفى موازاتها تظهر نقطة من الصديد . وفى بعض الأحيان يظهر أيضاً زيادة فى حجم الملاط عن الحالة

الطبيعية فيتضخم الجذر ويكون تضخمه إما جزئيا أى واقعاً فى جانب واحد من الجذر أو يكون فى طرف الجذر فقط . أو أن يكون التضخم بشكل تجاعيد فى طرف الجذر وقد يكون التضخم منتشراً فيصبح الجذر كتلة مستديرة يعوق السن عند خلعه وغير ذلك من الأشكال التى سيأتى ذكرها فى حينها .

الأعراض :

لا ألم مطلقاً إلا إذا أصيب الشخص بنوبة التهاب المفاصل . كذلك لا يوجد بالسن أى قلقلة أو إن وجدت فهى بسيطة جداً يصعب الشعور بها ويسبب الضغط ألماً حاداً عند الذروة والطرق هو الذى يكشف وجوده قلقلة بالسن وذلك بأن يوضع الأصبع على اللثة ثم يجرى الطرق فوق السن فيشعر الأصبع بهزة السن إلا أن هذه الأعراض ليست قاصرة على الالتهاب المزمن لأنها تلاحظ أيضاً فى حالة تكوين الكيس « الجذرى » وتدل إما على تآكل الحواف السنخية أو على امتصاصها واختفائها كلية فى منطقة الجذر .

الناسور السنى :

الخراج المزمن والناسور السنى اسمان لمدلول واحد والناسور السنى آفة التهابية تفرز صديداً ويكون لهذا الصديد طريق واحد أو طرق عديدة هى المجارى التى يسير فيها — ويبتدئ مجرى الناسور السنى من إحدى الأسنان عابراً الفك حتى يصب من فتحة طبيعية على الغشاء الفمى .

التشريح المرضى :

العفن الذى يستقر على منطقة ما حول الذروة ينتهى بتكوين كمية من الصديد تتخذ لها إحدى ثلاث مسالك هى :

١ — القناة الجذرية للسن ٢ — سنخ السن نفسه وتخرج قرب حافة اللثة ٣ — بطريق الفك — ولترتيب هذه المسالك حسب أغلبية حدوثها نقول إن أولها هو الطريق الفكى ثم يتلوه طريق القناة الجذرية ثم يأتى بعد ذلك الطريق السنخى وهو نادر .

الناسور الفكى :

ينقسم الناسور الفكى إلى ناسور فمى وناسور خارج الفم فى حالة ناسور الفك العلوى يصب الصديد غالبًا فى دهليز الفم أى فى الناحية الخدية الشفهية ونادراً فى ناحية سقف الحلق . وفى ناسور الفك السفلى يصب الصديد غالباً أيضاً فى دهليز الفم ويندر فى الناحية اللسانية .

ويشاهد فى بعض الأحايين انصباب الصديد فى تجويف طبيعى كالجيوب الفكية مثلاً وحفرة الأنف وحفرة العين ولو أن هذه الأخيرة نادرة جداً .

أما إذا كان الناسور جلديا أى خارج الفم فإن مكان فتحته يختلف بحسب وضع السن المسببة . فناسور الضواحك والأرحية السفلية يفتح على الحافة السفلية للفك الأسفل وناسور ضرس العقل السفلى يبتدئ من سنخ الثنايا والأنياب السفلية حتى يصل إلى قرب الذقن . أما فى الفك العلوى فناسور القواطع والأنياب العلوية يفتح عند جناح الأنف والأرحية العلوية عند

الحفرة النابية وكثيراً ما يحدث الناسور السنى عقب آلام مفصلية سنخية بسيطة جدا لا يلتفت إليها حتى إنه قد يتكون دون أن ينذر المريض بأى إنذار .

الناسور وتقسيمه سريريا :

يكون للناسور مظهران سريريان فهو إما ناسور مخاطى أو ناسور جلدى .

الناسور المخاطى :

تكون فتحته ضيقة صغيرة بجواف مبطنة وبارزة ذات قمة لا تتعدى من حجم رأس الدبوس إلى حجم حبة الأرز . ويخرج الصديد منها أولاً بأول فى اللعاب فلا يشاهد عند فحصها صديد متجمع . ولكن قد يحدث أن تسد فتحة الناسور فيتجمع الصديد فى موازاتها ويكون انتفاخاً صغيراً ينفجر من نفسه من ضغط الصديد المتجمع فيتصفى الصديد ويزول ما كان قد نتج من أثر للالتهاب . ويجب أن يعرف أن فتحة الناسور المخاطى تحدث عادة فى جوار السن المسببة له .

الناسور الجلدى :

تكون تطوراته محسوسة يشعر بها المريض . فيصحبه تغيير فى الجلد إذ يتصلب قليلا ويلتصق بالعظم ويبدى انخفاضاً بسيطاً وفى وسطه تظهر فتحة الناسور . وتحت تأثير خروج الصديد المتوالى تتكون حلقة صغيرة حول فتحة الناسور تغير شكلها الأول قليلاً وينطوى السطح الداخلى للجلد على عظم

الفك بواسطة الخيط الناسورى أو المجرى الناسورى الذى يمكن تتبعه بإدخال سلك رفيع جداً من الفضة داخل الفتحة .

والناسور الجلدى نادر الحدوث فى الفك العلوى وقلما يلاحظ إلا فى موازاة منطقة الحفرة النابية . أما فى الفك السفلى فكثير الحدوث . ويلاحظ دائماً أن الناسور الجلدى يتخذ لمسيره أقصر الاتجاهات وتكون فتحته فى موازاة السن المسببة وقليلا ما يشذ عن هذه القاعدة .

الأعراض :

بسيطة جداً وغير واضحة فمجرى الناسور غير مؤلم وتصاب السن المسببة بالتهاب مفصلى من وقت لآخر وترجع هذه الإصابة إلى انسداد مجرى الناسور وعدم تصريف الصديد .

سير المرض :

الناسور السنى لا شفاء له من نفسه فاتصال حجرة اللب العفنة بفتحة الناسور الخارجية تساعد الإصابة على بقائها .

التشخيص :

١ — الناسور المخاطى :

يسهل تشخيصه فلا يشتبه مع أى مرض آخر إلا مع الكيس السنى الناسورى فيفرق بينهما بتتبع مجراهما بواسطة السلك الفضى الدقيق ففى الكيس السنى الناسورى ينتهى تتبع المجرى إلى حفرة واسعة أما فى حالة الناسور الحقيقى فينتهى مجراه إلى ذروة الجذر وهى تختلف كل الاختلاف عن الحفرة الواسعة السابقة .

وقليل من التدريب والخبرة كافية للشعور بالفارق بينهما وإذا كان الناسور مصحوباً بشظايا عظمية كثر خروج الصديد وانتهى تتبع المجرى باصطدام السلك بعظم عار يتحرك عند محاولة تحريكه ويختلف كل الاختلاف عن تلاقى السلك بذروة الجذر وعلى هذا يقتصر التشخيص المميز للحالتين .

وبهذه الطريقة أيضاً يمكننا الاهتداء إلى السن المسببة لذلك إذا ما جاورتها أسنان أخرى يشتبه فى أن تكون سبباً للناسور أيضاً . ويجب العناية بأسنان المنطقة بأجمعها سليمة كانت أو مصابة . إذ أن الناسور قد يتكون كما أسلفنا من سن تظهر للعيان سليمة . فإذا قصرت العلامات السريرية عن الهداية إلى السن المسببة للناسور وجب الالتجاء إلى الطريقة الآتية : وهى أن تحقن السن المشتبهة فى جذورها بالماء الأكسجينى فإذا ظهرت عدة فاقيع من الغاز عند فتحة الناسور كانت السن المحقونة هى السن المسببة .

الناسور الجلدى :

تتعدد النواسير الجلدية التى تصيب الوجه أو العنق لذلك يصعب التفريق بينها وبين الناسور الجلدى السنى ونخص بالذكر من هذه النواسير الناسور اللعابى والناسور الناتج من التهاب القناة الدمعية والناسور الجيبى ولكن أكثر النواسير اشتباهاً بالناسور السنى هو الناسور الأكتنوموكوزى الذى يختار نفس مواضع الناسور السنى الجلدى . ولكنه يختلف عن سيره ومجراه ففى الأول الأكتنوموكوزى يكون نزول الصديد أكثر من

الثانى كذلك تتعدد فى الأول المجارى والطرقات أما فى الثانى فقد عرف بأنه وحيد المجرى قليل نزول الصديد لدرجة أنه كثيراً ما يختلط مع اللعاب فلاتسهل رؤياه كما أن الفحص الميكروسكوبى يبين وجود الفطريات الأكتنوموكوزية فى الأول دون الثانى . كذلك يختلط الناسور السنى الجلدى مع التقيح الغدى المزمن البسيط أو الناتج من العصيات وهو المرض الذى يصيب الغدد الصغيرة المنتشرة فى الغشاء المخاطى والغدد الذقنية ويشابه الناسور السنى فى كثير من الأوصاف ولكنه يختلف عنه فى كثرة إفراز الصديد وعدم وضوح المجرى الذى يكون واضحاً فى الناسور السنى الجلدى .

وطريقة حقن السن بالماء الأكسجينى تتبع كالآتى :

تملأ حقنة التخدير بالماء الأكسجينى ثم تدخل الإبرة فى القناة السنية المراد حقنها وتسد الحفرة بعد ذلك حول الإبرة بقطعة من القطن ويحقن الماء الأكسجينى فيخرج من فتحة الناسور بشكل فقاعات غازية . كذلك يمكننا أن نضع فى فتحة الناسور خيطاً دقيقاً من الفضة وندفعه حتى يصطدم ثم نأخذ للناحية صورة بالأشعة فيظهر الخيط بوضوح واصل لجذر السن وكل هذه التشخيصات مميزة تساعد على التأكد من الحالة .

العلاج :

لعلاج هذه الحالة طريقتين : الطريقة الأولى طريقة جراحية وتشمل إما خلع السن المسببة أو إجراء الكحت المفصلى مع

ترك ذروة السن أو إجراء الكحت المفصلى مع استئصال ذروة الجذر .

والطريقة الثانية هى باستعمال الأدوية المطهرة للقناة الجذرية وغسل جميع مجارى الناسور بالمطهرات والكاويات كما سيبين بعد .

العلاج بالطرق الجراحية :

الخلع : لا يصح إجراؤه إلا إذا كان المسبب للناسور هو جذر من الجذور أو بعد أن تكون المداواة قد عجزت عن الشفاء . والخلع فى هذه الحالة كثيراً ما يصحبه حدوث التهاب سنخى الذى هو إحدى مضاعفات الالتهاب المفصل المزمن ولكى نتجنب حدوث هذه المضاعفات يحسن أن يكحت السنخ الملتهب عقب هذا الخلع بواسطة إحدى المجارف الحادة المناسبة على أن تكون معقمة جيداً وذلك لأن كحت السنخ يساعد على سرعة التئام الجرح إذا ما مس بعدها بصبغة اليود واستمر غسله بمضامض ساخنة .

كحت السنخ :

يكون بطريقتين إما مع قطع ذروة السن أو بدون قطع الذروة وبإعادة السن إلى ما كانت عليه فى موضعها الأصلى .

كحت السنخ مع قطع الذروة :

يجب تعقيم الفم بالمطهرات القوية وتنظيف الأسنان من القلح « الجير » قبل إجراء هذه العملية فيترك المريض ليستعمل المضامض المطهرة من ٢٤ — ٤٨ ساعة قبل إجراء العملية .

طريقة العمل :

يجب معرفة طول الجذر واتجاهاته من تصويره بالأشعة ثم يخدر السن بحقنة من ناحيتى الفك ومتى حصل التخدير تشق اللثة بالمشرط بفتحة طولها حوالى ١,٥ سم وتكون الفتحة أفقية يمر وسطها بأسفل منطقة الذروة قليلا ثم ترفع اللثة والسمحاق اللذين فى الفتحة بعد إبعاد جوانبها عن بعضها فيظهر من تحتها عظم الفك فى مساحة صغيرة ويحدث نزيف دموى كثير كما هو المعتاد فى جروح اللثة . وعند جس عظم الفك بمسبر نجد فيه إحدى النقط أقل مقاومة وأضعف من غيرها وتكون هذه النقطة عادة هى المختارة للتدخل منها والوصول إلى ذروة الجذر فيثقب فيها العظم ويوسع الثقب بالمثاقب الخاصة ومتى وصل إلى ذروة الجذر تقطع هذه الذروة مع مراعاة مواصلة الغسيل أثناء العملية حتى لا تتلوث ساحة العمل وتظل واضحة فيسهل العمل فيها ثم توسع القناة بالموسعات الآلية وتحشى بقمع من الجوتا بركا ثم تغسل الفتحة وتترك لتلتئم . وتعالج الآلام التى تنتج عن هذه العملية فى مدة ٢٤ الساعة التالية بواسطة المضامض الساخنة والكمادات الساخنة وتعاطى أقراص السلفاناميد أو البنسلين وتعاطى البرشام المسكن للآلام .

العلاج بالمطهرات والكاويات :

تحقق هذه الطريقة شفاء الناسور فى كثير من حالاته يكفى أن يوضع فى قناة السن المسببة دواء مطهر فعال قوى

كمركبات الفورمول (ترى أكسى مينلين) تحت حشوة من السمنت لسد الحفرة سدا محكما حتى لا تجد أبخرة الفورمول منفذا إلا من ناحية القناة . وبعد المداواة بمركبات الفورمول تحشو القنوات بعجينة خاصة . ويجب أن يؤثر المطهر فى جميع مجارى الناسور إذا كان متشعباً وتعددت مسالكه .

إمرار المطهرات والكاويات فى جميع مسالك الناسور :

نتوصل إلى ذلك بطرق عدة نذكر منها ما يأتى :

١ — طريقة الضغط : تملأ الحفرة وحجرة اللب والقنوات الجذرية بقطعة من القطن مشبعة بالمخلوط : الفورمول والكيرزوت ثم يضغط عليها ضغطاً خفيفاً متواليا بمساعدة قطعة من المطاط أو الجوتابركا فكمية المخلوط التى تندفع إلى الذروة تكفى لتصل إلى فتحة الناسور .

طريقة التبخر :

تملأ القناة الجذرية وحجرة اللب بمعجون خاص من الفورمول والكيروزوت وأكسيد الزنك . ثم تسد الحفرة بحشوة سداً محكما .

الجزء الثانى

أمراض الأسنان الجراحية

الفصل العاشر

السحل والكسر والقلقلة

تصاب السن بإصابات رضية متنوعة ينتج عنها سحل السن أو كسره أو قلقلته وكثيراً ما شوهدت مثل هذه الحالات فى الحروب الماضية فوجهت الأنظار إليها وإلى المضاعفات الناتجة عنها التى أهمها كسور الفك .

سحل الأسنان : تتعرض الأسنان للسحل فى كثير من الأحوال – والعوامل التى تسبب ذلك هى :

ا – عوامل مرضية : من الأمراض العصبية ما يضطر معها المريض إلى الكز على أسنانه عند حدوث نوباتها فتحتك سطوح الأسنان ببعضها وبتوالى هذا الاحتكاك يحدث السحل .

ب – عوامل فسيولوجية : إن تقدم الإنسان فى العمر يسبب سحلا فسيولوجيا فى أسنانه كما أن خشونة المآكل عند بعض الجماعات الغير متمدينة يحدثه أيضا ، والسحل فى هذه الأحوال يكون على درجات تتفاوت بين سحل يزيل حدبات الأسنان إلى سحل يكشف اللب ويستدعى استئصاله .

حـ – العوامل الآلية : إن استعمال المساحيق السنية الخشنة عند تنظيف الأسنان بالفرشاة يسبب سحلها لاسيما فى سطوحها

الشفوية والحدية لذلك وجب اختيار المساحيق الناعمة أو المعاجين التى لا يضر الأسنان طول استعمالها .

(د) العوامل الصناعية : إن تثبيت الأسنان المستعارة على أسنان طبيعية موجودة فى الفم يقتضى استخدام مشابك معدنية وهذه إن لم تكن حسنة الوضع فنية الصنع ولم تكن الصفيحة التى تحمل الأسنان المستعارة متقنة العمل فإن حركة المشابك على سطوح الأسنان تسحلها .

(ه) العوامل الإطباقية : إن لكيفية الإطباق تأثير كبير فى إحداث السحل كما أن حركة الفك وحركة اللقمة الفكية فى جوفها الخاص (المفصل الفكى) لهما تأثير أيضاً فى حدوثه.

موضع السحل :

يتكون السحل أولا على السطوح اللقمية «الماضغة» حيث تتماس الأسنان حين الأطباق ويتكون أيضا على السطوح التى تصيبها فرشاة الأسنان ولاسيما إذا استعملت معها المساحيق الخشنة ثم إن السطوح المتجاورة للأسنان قد يصيبها السحل بدرجة قليلة وذلك بسبب حركتها وحك بعضها ببعض حين المضغ .

داء المفاصل وعلاقته بالأسنان :

من الأمراض العديدة ما يرجع سببه إلى اضطراب مستمر فى التحولات الغذائية ويسمى هـذا الاضطراب « داء المفاصل » لأن أعراضه تظهر فى المفاصل وهذا الداء مختلف الأعراض والمظاهر غير أن ما يتعلق بطبيب الأسنان منها يمكن أن يقسم إلى قسمين هما :

١ ــ تآكل الأسنان الكيماوى .
٢ ــ التقيح اللثوى السنخى (البيوريا) وسنوضحه فى بابه الخاص .

١ ــ التآكل الكيماوى :

هو تلف يصيب الأسنان لأسباب آلية كيمائية تفقد بواسطتها الأسنان شئ من نسجها الصلبة لاسيما على سطوحها الدهليزية قرب اللثة ويتكون من ذلك وهاد خاصة تختلف كل الاختلاف عن حفر النخر .

نظرة عامة :

يشاهد أن الأسنان عامة ومنها الأسنان الكبيرة الحجم الناصعة البياض فى لونها تفقد طبقة من مينائها قرب العنق فى بقعة صغيرة محدودة لا تكاد ترى ثم تأخذ فى الازدياد والاتساع والعمق وأكثر ما تظهر هذه الانخفاضات على السطح الشفوى تحت اللثة مباشرة وفى النادر على السطوح اللسانية ويشاهد أحياناً أن التآكل يحدث على سن واحد وفى أحوال أخرى يشاهد على عدد من الأسنان على الأخص على الأنياب والضواحك والغريب أن الأسنان المتآكلة تكون فى أغلب الأحيان خالية من النخر وتكون الحافة السفلية للبقعة المتآكلة واضحة حادة أما الحافة العلوية فأقل وضوحاً والصفة الخاصة لبقع التآكل هى لمعانها وصقلها وهذا ما يفرقها عن حفر النخر ثم إن لونها يكون بلون الأسنان غالباً أو يتغير إلى لون أصفر أو بنى ضارب إلى السمرة ويكون سطح هذه البقع المتآكلة أملساً صلباً إذا لمس

بالآلة وتكون بقع التآكل حساسة بالاختلافات الحرارية والمواد السكرية والمآكل الملحية والحوامض وحين لمسها بآلة أو فرشة أسنان . أما اللثة فتكون فى الغالب متراجعة فى هذه المنطقة ونادراً ما تكون ملتهبة والتهابها واضح - وعلى العموم يكون الفم (اللثة والأسنان) ذات شكل خاص يختلف كل الاختلاف عن الأفواه ذوات الأسنان السليمة ولاحظ البعض أن التآكل قد يحدث فى الأفواه المعتنى بها كما يحدث فى الأفواه غير النظيفة كما أن الأسنان المتآكلة تكون خالية من القلح (الجير) .

سير الداء : إن سير هذا الداء بطىء غير أنه يزيد فى العمق تدريجيا رغم مقاومة العاج السنى الثانوى ويستمر كذلك إلى أن يزول التاج ويبقى الجذر الذى يكون شديد الاتصال بجدران السنخ . وكثيرا ما يحدث فى نهاية سنتين إلى ثلاثة إلى عشر سنوات أن يقف التآكل ويزول إحساسه وفى كثير من الأحيان يموت اللب الذى لا يتمكن من مقاومة الإصابة .

حدوث الداء : لحدوث الداء آراء مختلفة متعددة نلخصها فيما يأتى :

(ا) النظرية الآلية :

يقول أصحاب هذه النظرية إن التآكل هو نتيجة السحل الدائم الناتج من دوام استعمال فرشاة الأسنان والمساحيق غير الناعمة والذى أيد هذا الرأى ملاحظة التآكل عند الأشخاص الذين يبالغون كثيراً فى تنظيف أسنانهم بهذه الوسائل ولكن هذه النظرية تجمد ولا يمكنها أن تفسر وجود التآكل على السطوح

التى لا يصيبها احتكاك الفرشاة .

(ب) النظرية الكيماوية الآلية :

لهذه النظرية أنصار عديدون فإنه تحت تأثير عوامل كيمائية حامضية تفقد طبقة رقيقة من الأملاح صلابتها وتصبح لينة سهلة الذوبان وبتنظيف الأسنان آليا بحركات الخدين واللسان حين المضغ. تكون سطوح البقع المتآكلة براقة صلبة إذ أن الطبقات اللينة يزيلها الاحتكاك أولاً بأول — على أن هذه النظرية لا تفسر وجود التآكل الكيماوى فى أفواه الحيوانات كالثيران والخيل التى يكون لعابها قلوى التفاعل دائماً كما أنها لا تفسر لنا سبب وجود التآكل على الأسنان النابتة بصورة شاذة فى الأكياس المبيضية « سيأتى وصفها فى فصل شذوذ الأسنان » . حيث تكون الإفرازات قلوية .

(ح) النظرية الكيماوية فقط :

يعلق البعض أهمية كبرى على عمل الحوامض ولا يعيرون العامل الآلى أية أهمية . وينسب هذا التأثير الكيماوى إلى اللعاب المرضى ولاسيما اللعاب الذى تفرزه الغدد الشفهية الواقعة بين عضلات الشفة والغشاء المخاطى . ويدعى الآخرون أن السلفوسيانور الموجود فى اللعاب هو العنصر المرضى الذى يتمكن من حل ميناء السن ويسبب التآكل غير أن هذه النظرية بحثت كثيراً فى الزمن الأخير وأنكرها البعض بعد اختبارات وتجارب لم تقو على تفسيرها .

(د) النظرية الحيوية الآلية :

يزعم أصحاب هذه النظرية أن طبقات العاج التى لا تسترها الميناء تموت وتقع من السن بالاحتكاك .

(هـ) النظرية العاجية :

يزعم أصحاب هذه النظرية أن المادة العضوية فى العاج التى تسمى « العاجين » حين فقدانها تزول معها العناصر العضوية للكريات الكلسية التى يتركب منها العاج وقد أحدث أصحاب هذه النظرية تآكلاً فى أسنان عند غليها فى وسط حامضى — وقد تمكنوا من تفسير التآكل الذى يحدث فى الأسنان التى شذت فنبتت فى أكياس المبيض كذلك فسروا التآكل فى أنياب الأفيال خارج الفم وغير ذلك مما عجزت النظريات السالفة عن تفسيره إلا أن فقدان المادة العضوية المذكورة غير مؤكد ولم تؤيده الأدلة بعد .

(و) نظرية نقص التكلس :

مبنية على أن اضمحلال أو ضعف المادة العضوية فى السن ليس هو السبب فى التآكل على ما زعم أصحاب النظرية السالفة بل إن التآكل هنا سببه عدم انتظام فى تكوين الكريات الكلسية لسبب سوء التكلس غير الطبيعى وسبب ذلك يرجع إلى حالة عامة هى التهاب المفاصل كما قلنا التى لا يتمكن المريض معها من أن تتكلس أسنانه تكلساً طبيعيا . فإذا كان القسم غير العضوى فى السن ناقص التكلس أو سيئه فإن المادة العضوية لا تتمكن من المحافظة عليه فيزيله الاحتكاك

بالفرشاة وغيره وتحدث بقع التآكل .

الأسباب الأصلية للسحل :

إن التآكل الكيماوى يصادف فى كل الأعمار بعد سن العشرين ويستمر ظهوره إلى الخمسين ويصاب به الرجل أكثر من المرأة ولوحظ أن الأقاليم الحارة الرطبة تعرض أسنان ساكنها للتآكل . غير أن الأسباب التى تسبب الاستعداد للتآكل هى فى الحقيقة داء المفاصل الذى ذكرناه سابقاً لاسيما إذا كان مصحوباً بمضاعفاته التقرحية . ومن الغريب أنه إذا وجدت علة التآكل وعلة التقيح اللثوى السنخى فى شخص واحد فإن التآكل يسبق التقيح ويظهر أنه يوجد تناقض جلى بين وجود التآكل والنخر فإذا وجد الواحد اختفى الآخر .

الأعراض : غير واضحة بالنسبة للمريض حيث إن اللب يكوّن طبقة العاج الثانوى وقد يشعر المريض بالحرارة الزائدة وبالأطعمة الحلوة والمالحة والحوامض

أما الألم الذى يحدث من تلقاء نفسه أى الألم الذاتى فليس له وجود فى هذه الحالة إلا إذا أصيب اللب وعندها يتغير لون السن وقد يحدث أن تكسر التاج عند عنق السن .

التشخيص : ليس فيه أى صعوبة ويمكن تمييزه عن نخر العنق إذ أن التآكل يصيب عدة أسنان وتكون متشابهة فى الإصابة . وقد يصيب نخر العنق عدة أسنان أيضاً إلا أن أشكال الحفر تختلف فى العمق والاتساع والترتيب وغيره ... إلخ .

العلاج : هو العمل على تقوية السن وتعويضه مافقده فإذا كان حساساً حاربنا شدة الإحساس بمسح السطح بمحلول مركز بنسبة ٢٠٪ من نترات الفضة ثم تعادله فى الحال بمحلول مركز من كلورور الصوديوم أو بمسه بمكواة ذات نار حمراء خافتة . وعند الأشخاص المهيئين لحدوث التآكل يجب عدم استعمال الفرشاة الصلبة أو المساحيق الخشنة الذرات .

كسر الأسنان : تسبق كسر الأسنان عادة حدوث شقوق فى الميناء . وتنشأ هذه الشقوق عن رضوض خفيفة أثناء المضغ أو عن تغيرات فجائية وليس لهذه الشقوق أهمية من الوجهة المرضية سوى أنها قد تكون سبباً لحدوث النخر عند الأشخاص المعرضين له . ويجب أن يذكر فى هذا البحث الكسور الجزئية والكسور الكاملة التى تصيب الأسنان النخرة لا فرق أكان ذلك فى أثناء علاجها أو فى أثناء المضغ وتنقسم الكسور إلى : —

١ — الكسور الجزئية : تصيب هذه الكسور فى الغالب الأسنان الأمامية وعلى الأخص الثنايا العلوية ويظهر أن الأولاد يتعرضون لها أكثر من سواهم لكثرة حدوث الرضوض عندهم فى هذا العمر وأغلب ما تحدث هذه الكسور على أثر السقوط فوق شيء صلب يتسبب عنه الكسر وتكون أهمية النتيجة منسوبة إلى اقتراب العاج المنكشف إلى اللب أو بعده عنه . فإذا كان الكسر سطحيا فلا يحدث فى السن غير زيادة فى الإحساس تؤلم المريض لدى اللمس وهذا الإحساس لا يطول أمده إذ يزول بالتدريج لدى تكون العاج الثانوى فى حجرة اللب . غير أن الكسر فى بعض

الأحيان قد يبلغ اللب فيلتهب ويعقب ذلك ما يصيب اللب من الأعراض التى تسبق موته أو التهابه المزمن .

٢ — الكسور الكاملة :

تكون هذه الكسور متجاوزة حجرة اللب أو قد تبلغ الجذر فتقسم السن إلى أكثر من قسم واحد . ويعقب ذلك بدون شك آفات فى اللب والرباط وقد تحدث هذه الكسور فى الأسنان الأمامية أكثر من الأسنان الخلفية . ويظهر أن الضواحك العلوية تتعرض كثيراً لهذه الكسور إما لشكل سطحها اللقمى أو لصغرها بالنسبة للأرحية . وهذه الكسور كما يظهر أعمق من الكسور المتقدمة وتكون عمودية أو عرضية أو منحرفة ويصحب الكسر الكامل دائماً ألم شديد سببه بلوغ الرض إلى اللب كما قد يشاهد كثيراً نزفا دموياً من اللب أو اللثة أو الرباط أومنها جميعاً — وأخيراً نذكر الكسور الفجائية التى هى فى الحقيقة كسور جزئية تحدث فى أثناء مضغ أشياء صلبة ولاسيما عند الشيوخ الذين تكون أسنانهم فى الغالب عرضة للكسر أكثر من الأحداث .

٣ — الكسور الساحقة :

هذه الكسور عبارة عن سحق يصيب السن فيقسمها إلى عدة أقسام ويشق نسجها الصلبة ويمزق لبها . وبما أن هذه الكسور لا تحدث إلا بعد صدمة شديدة فالغالب أن تصاب به عدة أسنان فى وقت واحد وشوهد فى زمن الحروب كسور سنية ساحقة تتطاير فيها شظايا السن إلى الخد أو اللسان وتسبب هذه الشظايا التهابات موضعية فى الأنسجة الرخوة التى تنغرز فيها .

علاج الكسور : إذا كان الكسر جزئيا لتاج سن سليمة . يبرد بالأحجار الناعمة الجزء البارز من الكسر ثم يصقل بحجر اركنساس.
وإذا كان الكسر مصحوباً بتقلقل السن فيحسن الانتظار عدة أيام قبل أى تدخل علاجي وإذا كان الكسر عميقاً يحسن خلع السن .
أما من جهة التحام الأجزاء المكسورة فلا يجب أن نعمل لها أى حساب فى علاجنا ولو أن أندريه الفرنسي يقول إنه شاهد التحاماً فى بعض أجزاء العاج المكسورة لبعض حالات خاصة بواسطة طبقات دقيقة تكونت من مادة العاج .

الآفات الرضية وأثرها فى الرباط السنى السنخى :

تصحب هذه الآفات عادة كسور الأسنان وقد تصادف على أثر صدمة أصيبت فيها السن وتكون هذه الصدمة غير كافية للكسر وهذه الآفات متنوعة فى طبيعتها وخطورتها فتتفاوت بين المرض البسيط فى المفصل إلى قلقلة قليلة يصاب بها المفصل أو قلقلة شديدة يتسبب عنها فقدان السن .

رض المفصل البسيط :

إذا حدث التقلقل فيكون سببه تمزق قليل فى الرباط أو تغير فى وضع الجذر أى أن الجذر تتحرك من مكانها فى السنخ وتغير موضعها فيه فيشاهد لدى الفحص حركة غير عادية فى السن .
وكثيراً مايشاهد أيضاً نزف حول العنق فيجبر المريض فى مثل هذه الحالة على إبقاء فمه مفتوحاً لكى لا يتصادم سنه المقلقلة بالسن المقابلة فيحدث الألم الشديد ولا بد فى أغلب الأحيان من انقطاع الأوعية والأعصاب الداخلة فى السن فتكون النتيجة

موت اللب ولا يكون هذا الموت مرضياً إلا أنه يكون عرضة للتحول إلى موت مرضي. وهذه الإصابة لابد من انتقالها إلى السنخ.

القلقة الشديدة :

تكون نتيجة هذه القلقلة خروج السن من سنخها ومن النادر أن تحدث هذه القلقلة فى إحدى الأسنان بدون أن تصاب الأسنان المجاورة فلابد إذاً فى هذه الحالة من أن تضاب عدة أسنان فى آن واحد غير أنها تتفاوت فيما أصيبت به من الرضوض أو الكسور أو القلقلة .

العلاج : فى حالة التقلقل الخفيف يتلخص العلاج فى عمل مضامض مطهرة ساخنة للفم ثم وضع الجزء المصاب فى راحة تامة مطلقة .

فإذا كانت السن شديدة الاهتزاز تثبت فى مكانها الطبيعى بواسطة الأربطة الخاصة المعروفة فإذا كانت القلقلة مسببة من استطالة السن وإطباقها على السن المقابلة لها نلجأ إلى الورق الأزرق لنعلم منه مواضع الارتفاع أو المواضع التى تتقابل مع السن المقابل قبل غيرها ثم نزيلها بالبرد فإذا تمزقت الحزمة الوعائية يمكننا فى هذه الحالة خلع السن ثم نعمل على غرسها فى سنخها من جديد وذلك بأن نضع السن بعد خلعها فى محلول « فسيولوجى مطهر » ثم نعالج السن بثقبها ونزع لبها وحشوها بالطرق المعروفة . ثم تعاد السن إلى المحلول الفسيولوجى ونغسل السنخ بالمحلول أيضا ثم نضع السن فى السنخ ونربطها بما جاورها لتثبت فى مكانها وهذه الطريقة تنجح بنسبة ٥٠٪ ولكنها لا تزاول كثيرا فى الحياة العملية .

الفصل الحادى عشر

شذوذ الأسنان

التعريف – التصنيف – الشذوذ فى الشكل وأقسامه . الشذوذ فى العدد – الشذوذ فى التكوين وأقسامه .

التعريف :

السن الطبيعية هى التى ينطبق عليها الأوصاف التشريحية وأى اختلاف فى الشكل التشريحى للسن يجعلها سنا شاذة .

التصنيف :

لشذوذ الأسنان عدة أصناف نذكر منها هنا ما نراه هاماً :

(١) الشذوذ فى الشكل :

- (ا) شذوذ فى الحجم
  - تضخم
  - ضمور
- (ب) شذوذ فى المظهر
  - التاج
  - الجذر
- (حـ) شذوذ فى البنيان
  - (١) تورم
    - تورم العاج
    - تورم الميناء
    - تورم الملاط
  - (٢) آفات ولادية فى العاج والميناء
    - الاصباغ
    - التشوه
    - التآكل

(٢) الشذوذ فى العدد :

(٣) الشذوذ فى التكون :

(ا) شذوذ زمن النمو { متعجل / متأخر }

(ب) شذوذ الموضع { شذوذ الاتجاه / شذوذ الاستقرار / شذوذ المكان }

(١) الشذوذ فى الشكل :

(ا) شذوذ فى الحجم :

١ — التضخم :

إذا كانت الأسنان متضخمة كبر تبعاً لذلك حجم الفك، وتضخم الأسنان مع كبر حجم الفك يتوقفان على الجنس البشرى فنجد فى الجنس الأفريقى والاسترالى وفى الجنس الأسود والأصفر تضخم ظاهر فى الأرحية الثلاثة وبالعكس عند الجنس الأبيض .

٢ — الضمور :

لا يتوقف ضمور الأسنان على الجنس البشرى كما فى حالة التضخم ولعل أكثر الأسنان إصابة بالضمور هى التى تكون زائدة عن القوس الفكى ثم تليها الرباعيات العلوية ثم تلى ذلك كله الرحى الثانية والرحى الثالثة .

العلاج :

لا يهتم بعلاج هذا النوع من الشذوذ فى حالة تضخم الأسنان

قد نلجأ إلى بردها وفى حالة ضمورها نستعين بعمليات طب تقويم الأسنان .

(ب) شذوذ فى المظهر :

أغلب ما يكون هذا النوع من الشذوذ وراثيا وقد يصيب سنا واحدة فى أحد الجانبين أو يصيب الأسنان المماثلة على كلا الجانبين وهو إما :

١ ـ شذوذ فى مظهر الجذر :

ففى الأسنان وحيدة الجذر يكون طرف الجذر عند الذروة مائلا قليلا إلى الجهة الوحشية فإذا ازداد هذا الميل تدريجيا أخذ الجذر شكل مشابك الأسنان الصناعية أو شكل الحربة أو شكل البريمة . ويلاحظ فيما يختص بالرحى الأولى السفلية ازدواج فى الجذر الأمامى (الأنسى) وفيما يختص بضرس العقل قد تتعدد الجذور . أما الشذوذ الكثير الحدوث فهو اندماج كثير من الجذور فى بعضها وظهورها بشكل كتلة واحدة متحدة حتى أنه قد يصعب تمييزها من الجذر الواحد .

٢ ـ شذوذ فى مظهر التاج :

فى القواطع وعلى سطحها اللسانى كثيرا ما نجد بروزات صغيرة زائدة على زواياها . وعند ملتقى هذه البروزات توجد منخفضات هى التى تبدأ فيها الإصابة بالنخر . وفى الضواحك والأرحية يكون شذوذ تاجها غالباً فى وجود حدبة زائدة تفصل عن باقى الحدبات بمنخفضات ولهذه الحدبة مثيل فى الأسنان المشابهة لها عند بعض الحيوانات الثديية وقد اكتشف كارابللى

حدبة خامسة على بعض الأرحية الأولى (سن الست سنوات) وعلى سطحها اللسانى إلى الداخل قليلا بالنسبة للحدبة الأنسية اللسانية واستشهد بها كثير من المؤلفين على أنها توجد عند المصابين بالزهرى الوراثى كما أنكر أهميتها من هذه الناحية كثير منهم وتسمى هذه الحدبة (بحدبة كارابللى) . كما شوهد أيضاً بروز آخر سمى « حدبة داكورت » غير مغطى بالميناء وموجود على القوس السنى بجوار إحدى الأسنان الطبيعية وتكون غالباً فى موازاة الرحى الأولى اليمنى العلوية واعتبرها داكورت ضاحكا ثالثا .

وقد تلتحم الأسنان المتجاورة بعضها فى بعض عند تيجانها وفى بعض الأحيان يمتد الالتحام على طول السن وقد يتصادف أن تلتحم سن طبيعية عند جذورها لسن أخرى مختفية كما تلتحم سن طبيعية مع سن زائدة أخرى أو تلتحم سنان عند الملاط أو عند العاج .

(ج) الشذوذ فى البنيان :

(ا) تورم الميناء : وتسمى أيضاً خرزات الميناء أو حبيبات الميناء وهى عبارة عن أجسام صغيرة مستديرة وملساء تنبت عند عنق السن أو فى موازاة العنق وتكون ملتصقة بالميناء . وأغلب ما تظهر هذه الأجسام على الأرحية حيث تتكون عند مبدأ انفراج الجذور وتشعبها ثم تلتصق بالميناء وبتجمعها تظهر بشكل برعم زائد على الميناء ويعتبرها «مالاسيه» الفرنسى كحدبة زائدة .

(ب) تورم العاج :

هى زيادات تظهر فى سمك الفك وتكون كتلة ليفية أو كتلة

تحتوى على عدة أنسجة سنية مختلفة وأعراضها هى اختفاء سن أو عدة أسنان من مكانها الطبيعى وظهور كتلة لا شكل لها .

(جـ) تورم الملاط :

وتسمى تضخم الملاط أو حبات الملاط سببه التهاب فى الملاط يزيد فى حجمه عن المعتاد ويكون التهيج والالتهاب الذى يسبب ذلك ضعيفاً مستمراً ولا يلتصق الملاط الجديد بجدار السنخ والتضخم إما أن يكون جزئيا أى واقعاً فى جانب واحد من الجذر أو أن يكون فى طرف الجذر فقط فيصبح الجذر هناك بشكل حرف (ا) أو أن يكون التضخم بشكل تجاعيد واقعة فى طرف الجذر وقد يكون التضخم منتشراً فيصبح الجذر كتلة مستديرة كبيرة ويشعر المريض المصاب بتضخم الملاط ببعض الألم فى السن المصابة ويكون إلى جانب الجذر ارتفاع قليل مؤلم لدى الضغط إلا أن هذا الارتفاع لا يهبط لدى الضغط بالأصبع كما هى الحالة فى الأكياس السنية ويدل القرع أو الهز أن السن متينة فى سنخها وفى الوقت نفسه يزداد رنينها عن السابق .

الآفات الولادية للعاج والميناء :

(ا) الأصباغ (ب) التشوه : وهو يصيب الميناء بأن تظهر غير كاملة أى يغطى جزء من السن بالميناء والجزء الآخر يكون معرى .

(جـ) التآكل : تصيب هذه الآفة عادة الأسنان الدائمة كما قد تصيب الأسنان اللبنية ويصفها « ماجيتو » بأنها آفة تمتاز بأنها لا تختص بسن دون غيره ولكنها تصيب دائما المكان

الذى تحل عليه وبدرجة متعادلة فى الأسنان المماثلة على الفك الواحد أو على الفكين معاً وأكثر الأسنان إصابة بهذا السحل أو التآكل هى الأرحية الأولى ثم تليها الثنايا ثم الرباعيات فالأنياب

سن هاتشنسون :

الأسنان التى يطلق عليها هذا الاسم هى الثنايا العلوية وتمتاز أولا بشكلها الذى يشبه البريمة ويتآكل حدها القاطع بشكل هلالى وتكون سن هاتشنسون عند مبدأ ظهورها منقسمة إلى قسمين بواسطة ميزاب . أحد القسمين يحتوى على جزء من الحد القاطع متآكل بشكل غير منتظم والثانى يمثل ٤/٥ التاج ويحتوى على أنسجة سليمة ويكون بشكل بيضاوى مبطط .

ويتآكل الحد القاطع تدريجيا حتى يختفى فلا يبقى إذن إلا الشكل البيضاوى المبطط وبه فتحة صغيرة هلالية الشكل . وسن هاتشينسون يدل على أن صاحبه مصاب بإصابة عامة أصابت برعم السن فى المدة ما بين الشهر السادس إلى الشهر الثامن من العمر فشوهت نموه ونحن نعلم أن الزهرى الوراثى تبتدئ اعراضه فى الظهور فى المدة ما بين الشهر الثانى إلى الشهر الثامن من العمر وفى هذه المدة عينها يتكون الحد القاطع للثنية العليا لذلك كانت سن هاتشينسون تلعب دوراً هاماً فى تشخيص هذا المرض ويزداد التشخيص تأكيدا إذا ما اتفق وجود حدبة كارابللى على الرحى الأولى التى سبق الكلام عنها — أو إذا ما اقترنت سن هاتشنيسون بإصابات فى القرنية العينية أو إصابات أذنية كالصمم .

٢ ــ الشذوذ العددى :٠

يتلخص فى زيادة عدد الأسنان عن العدد الطبيعى أو نقصها عنه ويحدث ذلك كثيراً فى القواطع وفى الأرحية ولا يحدث أبدا فى الأنياب وقد لوحظ اختفاء جميع الأسنان فى بعض الحالات وأكثر الأسنان ظهوراً وأكثرها اختفاء هو ضرس العقل ثم الضواحك ويندر جداً الأنياب والثنايا ولقد شوهد كثيرا اختفاء الرباعيات بالوراثة أما عن زيادة العدد فهو لا يتعدى ظهور سن أو اثنين فقط . وقد شاهدنا عند بعض السود وجود ٣٩ سنا والزيادة فى العدد تلاحظ فى القواطع والأرحية والضواحك وتظهر فى التسنين الأول والثانى وتلعب الوراثة دورا هاماً فى أسباب هذا الشذوذ .

٣ ــ الشذوذ فى التكون :

(١) شذوذ زمن النمو :

إذا ظهرت السن قبل أو بعد ميعادها المألوف لظهورها كان فيها شذوذ فى زمن ظهورها . ولكى نعرف إذا كان الظهور متعجلاً أو متأخرا وجب معرفة التاريخ المعين لكل سن بالضبط سواء فى التسنين الأول أو الثانى وإليك جدول بمواعيد ظهور الأسنان حسب أحدث الأبحاث :

الأسنان اللبنية

		المتوسط
الثنية السفلى	من ٦ ــ ٨ شهور	الشهر الثامن
الثنية العليا	« ٧ ــ ١٠ «	« العاشر

الرباعية السفلية	من	٨ — ١٦	شهراً	الشهر	الثانى عشر
الرباعية العلوية	»	١٠ — ١٨	»	»	الرابع عشر
الرحى الأولى السفلية	»	٢٢ — ٢٤	»	»	السادس عشر
الرحى الأولى العلوية	»	٢٤ — ٢٦	»	»	الثامن عشر
الناب السفلى	»	٢٨ — ٣٠	»	»	العشرين
الناب العلوى	»	٣٠ — ٣٤	»	»	الثانى والعشرين
الرحى الثانية السفلية	»	٣٢ — ٣٦	»	»	الرابع والعشرين
الرحى الثانية العلوية	»			»	السادس والعشرين

الأسنان الدائمة

الرحى الأولى	من	٥ — ٧	سنوات	السنة	السادسة
الثنايا	»	٦ — ٨	»	»	السابعة
الرباعيات	»	٨ — ٩	»	»	الثامنة
الضواحك الأولى	»	١١ — ١٢	»	»	التاسعة
الضواحك الثانية	»	١١ — ١٢	»	»	العاشرة
الأنياب	»	١٠ — ١٢	»	»	الحادية عشر .
الأرحية الثانية	»	١٢ — ١٤	»	»	الثانية عشر
الأرضية الثالثة «ضرس العقل»	»	١٩ — ٣٠	»	»	الثامنة عشر

ولا يسمى الظهور متعجلاً إلا إذا ظهرت السن قبل ميعادها بثلاثة أو أربعة أشهر على الأقل ولاسيما فى التسنين اللبنى حيث يكثر هذا التعجل . وكثيرا ما صادفنا حالات أطفال نزلوا إلى العالم وفى فمهم سن أو أكثر وكان لهم حظ سعيد فى الدنيا مثل « لويس السادس عشر وميرابو» .

أما فى التسنين الدائم فقد يكون الظهور متعجلاً ولكنه

لايعتبر شذوذا لعدم تجاوزه المدة المحدودة والمعتبرة مقياساً لهذا الظهور

أما الظهور المتأخر فهو أكثر شيوعاً عن الظهور المتعجل فإذا بلغ الطفل الشهر العاشر من عمره ولم تظهر أسنانه كان ذلك شذوذاً ينتج بعده الظهور المتأخر ولقد شاهدنا ثلاث حالات للظهور المتأخر أحدهما فى سن الحادية عشر والثانية فى سن الثالثة عشر والثالثة فى سن ٢٣ سنة .

وإذا استمر التأخر لمدة كبيرة فتكون الأسنان مدفونه فى الفك وكثيراً ما تكون هذه الحالة مع الرحى الثالثة (ضرس العقل) .

(ب) شذوذ الموضع :

كثيراً ما نجد السن وقد نمت مائلة أو منحرفة الاتجاه كما أننا نلاحظ أن الأسنان الزائدة عن العدذ تكون خارجة عن القوس السنى وليست فى موازاة باقى الأسنان والمعلوم أن الأسنان اللبنية تسبق الأسنان الدائمة وهى التى تحدد لها أمكنتها من الفك . فهل مقاومة الأسنان اللبنية هى السبب فى ميل الأسنان الدائمة ؟ أم سوء اتجاه الأسنان الدائمة هو الذى يسبب مقاومة الأسنان اللبنية وطول مدة بقائها فى الفك ؟

هذان الفرضان صحيحان ولكل منهما مؤيدون عديدون .

وقد يتصادف أن تغير السن مكانها الطبيعى تغييراً تاماً وتظهر فى مكان آخر غيره يكون مكانا لسن أخرى فكثيراً ما نرى ناباً قد تبادل مع رباعية أو نابا مع ضاحك أول .

التشتيت :

هو ظهور سن فى أى عضو من أعضاء الجسم . فإما أن

يكون في الفوهة الفمية أو فى ملحقاتها أو فى عضو من أعضاء الجسم المختلفة . فقد صودفت حالات نبتت فيها السن فى شراع الحنك وفى قاع الفم وفى الحفرة النابية وقد شوهدت سن نابتة فى الحاجز الأنفى وفى قاع عظم الأنف وفى الجيب الفكى وفى العظم الغربالى . ويرجع السبب فى هذا كله إلى مضايقات وموانع تقابل السن أثناء ظهوره وتقاومه وتظل تطارده حتى تجبره على الرحيل بعيدا عن أمكنة المقاومة . وقد تضطر هذه الموانع السن إلى عدم الظهور بتاتا ويسمى حينئذ « بالسن المخبوء » أو « السن المطوى » وإذا قاومت السن الموانع التى تعوقها فى أغلب الأحيان يصحب ظهورها أعراض وحوادث فعالة تصيب الأنسجة المحيطة بها أو تصيب الجسم عامة .

ومن الأشياء التى يقرؤها المرء بكثير من الدهشة والغرابة ظهور أسنان فى الخصيتين وفى الأمعاء وفى المهبل و . . . إلخ .

غير أن الأسنان التى تظهر بهذا الشكل لا تشبه فى تكوينها الأسنان العادية بل تختلف عنها

شذوذ الاتجاه :

هو تغيير لاتجاه السن الطبيعى وقد يكون مصحوبا بتغيير فى مظهر الكتلة الفكية وهذا الشذوذ يلعب دورا هاماً فى مظهر الأنسان نفسه ولذا يحتاج لمهارة فى العلاج كما أن المريض من ناحيته يهتم به اهتماماً كبيراً وقد يؤثر فى الأطباق السنى فيغير من حركات المضغ الطبيعية .

دوران السن :

قد يحدث أن نرى السن لافا حول نفسه ويبتدئ الدوران من درجة الصفر إلى درجة ١٨٠ حسب مقدار حركة السن الدائرية .

تغيير شكل الفك الطبيعي :

إن شذوذ شكل الفك عن الشكل الطبيعي يؤدى إلى سوء الإطباق ويكون شذوذ الشكل الفكي على أنواع .

١ – عدم التماثل :

من المعلوم أن أحد نصفي الفك لا يماثل النصف الآخر تمام التماثل بل يكون هناك اختلافاً بسيطا . فإذا زاد هذا الاختلاف عن المألوف نتج عدم تماثل ظاهر فى شكل الإنسان ومظهره ولا يعتبر عدم التشابه شذوذ إلا إذا كان ظاهرا ملحوظاً .

٢ – بروز الفك :

يصيب الفك العلوى كما يصيب الفك السفلى وقد يصيب الفكين معا فى آن واحد ويكون البروز فى الفك الأعلى متى قابلت الثنايا السفلية الثنايا العلوية فى نقطة ترتفع عن ثلث طولها . ويكون البروز فى الفك الأسفل متى تقابلت الثنايا السفلية حدا إلى حد مع الثنايا العلوية ويكون البروز فيه كبيرا متى ظهرت الثنايا السفلية أمام الثنايا العلوية عند الإطباق . وهذا الشذوذ يكون فى الغالب وراثيا .

ولا يجب الخلط بين بروز الفك السفلى وبين وقف نمو الفك العلوى فقد يكون الفك الأسفل طبيعيا والفك الأعلى هو الضامر.

٣ ــ تراجع الفك :

يختلط غالبا مع البروز السفلى إلا أنه يكون مصحوباً دائما بانزلاق اللقمة الفكية إلى الأمام مما يحد من تشوهاته ويكون التراجع إما علويا أو سفليا أو مزدوجاً .

والتراجع العلوى وراثى فى الغالب ويرجع ظهوره إلى اتباع عادة سيئة كمص الإبهام أو اللسان أو الشفة السفلى وينتج عنه ما يسمى « الأطباق المنخفض » .

٤ ــ الانخفاض أو الهبوط :

ينشأ من زيادة نصف القطر المستعرض ويظهر غالباً عند الجنس الأصفر والأسود فإذا حدث فى الفكين معا لا يسبب أى مضايقة وتوجد بين الأسنان فى هذه الحالة مسافات وتفقد نقط الاتصال بينها .

٥ ــ التحدب :

يتشوه سقف الحنك ويتمادى فى الارتفاع فيأخذ شكلا بيضاوياً ويصبح شكل القوس السنى كشكل الرقم ٨ وينشأ عن ذلك اضطرابات تنفسية حيث يقل حجم العظم الأنفى .

٦ ــ سوق الأطباق المفتوح :

هو خلل فى أطباق الأسنان الأمامية يتكون نتيجة عادة مص الأصبع واللسان ولا تتقابل فيه الأسنان الأمامية العلوية بالسفلية عند الأطباق .

الفصل الثانى عشر

حوادث التسنين

تكون حوادث التسنين عموماً إما موضعية أو عامة وهى تظهر بظهور الأسنان وتقسم حوادث التسنين إلى خمسة أقسام بالنسبة لنمو الأسنان أو سقوطها .

١ — ظهور الأسنان اللبنية .

٢ — ظهور الأرحية الأولى العلوية وعددها ٤ .

٣ — سقوط عشرين سنا لبنياً واستبدالها بالأسنان الدائمة .

٤ — ظهور أسنان الإثنى عشر عاماً وعددها ٤ وهى الأرحية الثانية علوية وسفلية .

٥ — ظهور ضرس العقل .

وسنقتصر على شرح الحوادث التى تنتج من ظهور الأسنان اللبنية والتى تنتج من ظهور ضرس العقل . أما الثلاثة أقسام الباقية فلا يحدث عنها إلا بعض الحوادث الطفيفة الغير الظاهرة .

حوادث التسنين المؤقت :

اعتبر التسنين الأول فى كل الأزمنة والعهود أنه يسبب معظم المتاعب والآلام موضعية. كانت أو عامة التى تصيب الطفل فى السنة الثانية أو الثالثة من عمره وهذا الاعتبار حقيقى إلى حد كبير .

الحوادث الموضعية :

احمرار فى اللثة مصحوب بأورام وفى بعض الأحيان حكه وأكلان من تأثير آلام تظهر واضحة من صراخ الطفل المتواصل

وبكائه وأرقه الدائم وتهيجه الواضح . وفى درجات متقدمة من الإصابة يصحب هذه الأعراض تقرحات فمية تزداد أو تنقص حسب الحالة مع وجود التهابات غددية وهذه الأعراض جميعها تختفى عندما تبرز السن إلى الوجود مقتحمة طبقات اللثة التى تكتنفها .

الحوادث العامة :

هذه الحوادث كثيرة ومختلفة منها الحمى التى تسمى حمى التسنين والتشنجات «وهذه تكون عند ظهور الأرحية والأنياب» والإسهال والقىء وإصابة الجهاز التنفسى كالسعال والتهابات الحنجرة واللوزتين والإصابات الجلدية كالأكزيما (وما يسمى هيجان التسنين) .

الأسباب :

يرجع الفضل فى إظهار أسباب الحوادث الموضعية إلى « ريدير » وغيره من المؤلفين الذين يعتمدون على النظرية العفنية ولا يجب أن نغفل العوائق الآلية إلا أنه يجب اعتبارها خطوة تالية للخطوة الأولى وهى النظرية العفنية . أما النظرية العفنية فتتلخص فى أنه عند ابتداء مقاومة الأسنان للظهور يرق الغشاء المخاطى للفم فتتمكن الجراثيم من الدخول إليه ومهاجمته وتسبب عدة خراجات صغيرة متجمعة يظهر أثرها بما نراه من الاحمرار الذى يصيبه وقد تتقيح هذه الخراجات وينتج من هذا الصديد اختلالات عامة وموضعية فمتى قاوم السن وتغلب وظهر فإنه بظهوره يثقب الغشاء المخاطى ويشقه فينتج بذلك مخرجاً للصديد المتجمع وتختفى كل الأعراض من عامة وموضعية .

التشريح المرضى :

إذا فحصنا السن عندما يكون آخذا فى ثقب اللثة لظهوره نجد فجوة حول تاجه مبطنة بنسيج بشرى رصفى وهذه الفجوة تسمي فجوة ما حول التاج وليس بينها وبين محفظة السن أى شبه أو تماثل . ويكون سطحها من النسيج الصام « نسيج اللثة » وفى هذه الفجوة تتركز قوة عمل الجراثيم التى تصل إليها من الثقوب الدقيقة التى تحدث عندما يرق الغشاء المخاطى كلما قارب السن من الظهور ومن هذه الجراثيم وتأثيرها تنتج الحوادث التى قد تنتهى بالموت

العلاج :

العلاج الوافى يتضمن اختيار مرضعة سليمة صحيحة البنية وهذا هو أول احتياط يجب مراعاته أما تشريط اللثة كعلاج واق فإننى من الأطباء الذين يشيرون بتجنبه بتاتاً .

والعلاج الشافى يتضمن محاربة الالتهابات اللثوية عند ابتداء ظهورها موضحيا وذلك باستعمال الدهانات المطهرة والمسكنة فى آن واحد وهى كافية جداً للمداواة كما يحسن تعاطى البنسلين عند بدء الالتهاب لمدة ثلاثة أيام متوالية على أن يؤخذ من ١٠٠ إلى ٢٠٠ ألف وحدة كل ٢٤ ساعة مع بعض الدهانات المسكنة المطهرة .

ومجرد استعمال صبغة اليود كدهان للثة كاف جداً كدواء شاف موضعى لهذه الحالة على أن تكون ٣ ٪ .

الفصل الثالث عشر

حوادث ظهور ضرس العقل

وصفه . الأسباب . النظرية الآلية . النظرية البشرية . النظرية العفنية . الأعراض . الحوادث الغشائية المخاطية . الحالة العامة . الحوادث العظمية . التشخيص فى حالات الغشاء المخاطى . فى الحالات العظمية . الإنذارات فى حالات الغشاء المخاطى . الإنذار فى حالات العظم . العلاج فى حالات الغشاء المخاطى والحالات العظمية .

يقول هايدينريخ أن حوادث ضرس العقل تحدث بنسبة ٢ : ٢٠ وتكون فى الجهة اليسرى أكثر منها فى الجهة اليمنى وفى الفك الأسفل أكثر من الفك الأعلى .

وحوادث ضرس العقل ظلت مجهولة لدى الأطباء زمنا طويلا وأول من كتب عنها منهم هو « أربان هيمارد » سنة ١٨٨١ فى مؤلفه « تشريح الأسنان الوصفى » ثم طرق الموضوع بعد ذلك كثير من المؤلفين .

الأسباب :

كثرت النظريات التى وضعت لتعليل حوادث ضرس العقل نذكر منها الثلاث الآتية على اعتبار أنها أهمها وأكثرها قبولا .

١ — النظرية الآلية :

تتلخص فى سمك اللثة ومقاومتها الشديدة وعدم وجود مكان

كاف يسع ضرس العقل عند نموه وظهوره فى موضعه الطبيعى الذى هو بين الرحى الثانية والنتوء الصاعد للفك الأسفل . ومع أن هذه النظرية لم تكن كافية لتعليل كل الحقائق إلا أنها أفادت فى تفسير جانب كبير منها إذ أن العوائق الآلية تساعد فى تهيئة العضوية لحدوث حوادث ضرس العقل .

٢ — النظرية البشرية :

يقول دعاة هذه النظرية أن بقايا الطبقة البشرية التى حول الأسنان تهيج فى أثناء نمو السن وتتقيح إلا أن هذه البقايا البشرية غير قاصرة على ضرس العقل فحسب بل تكون فى باقى الأسنان .

٣ — النظرية العفنية الموضعية :

يرجع أصحاب هذه النظرية جميع حوادث ضرس العقل إلى إصابات عفنية موضعية تصيب الغشاء المخاطى عندما يأخذ الضرس فى ثقبه وشقه تمهيداً لظهوره لاسيما إذا أصبح الغشاء المخاطى بشكل غلاف يحيط بالسن ويصلح مأوى للجراثيم المتعددة وتكاثرها ونموها وهناك قول بأن الإصابة العفنية قد تصيب برعم السن عن الطريق الدموى ولكن «كادبوت» اكتشف سنة ١٩١٠ حالات تشريحية تحيط بالسن فتساعد على إصابة المحفظة السنية بالجراثيم العفنية فقد أثبت وجود تجويف حول السن وأن هذا التجويف يأوى الجراثيم التى تؤثر إفرازاتها فى داخله فتساعد على حدوث الالتهابات كما أثبت أيضاً أن السن ينمو مائلا ويكون اتجاهه من الأمام إلى الخلف ومن الأعلى إلى الأسفل

منحنياً من زاويته الأنسية اللقمية مع السطح الوحشى لضرس الـ ١٢ سنة « الرحى الثانية » وبالإجمال يجب مراعاة ثلاث حقائق تشريحية وهى :

١ — يوجد خلف الرحى الثانية تجويف طبيعى حادث من الغشاء المخاطى الذى يكون كثيفا فى هذه الناحية .

٢ — يكون ضرس العقل عند ظهوره مائلا إلى الأعلى والأمام .

٣ — تحاط تاج السن بمحفظة تلازمه أثناء نموه وهذه المحفظة تكون ملتصقة عند عنق السن وتحيط به محدثة بينها وبين تاجه فجوة تسمى « الفجوة ما حول التاج » .

وبعد معرفة ما تقدم يبقى أن نتتبع خطوات ظهور السن فنرى أنه تحت تأثير قوة دفعه للظهور تحتك حدباته الأمامية بالرحى الثانية فتنشق لذلك محفظته المحيطة بتاجه ويبدأ ظهوره . ويحدث بعد ذلك أن هذه الفتحة توصل الفجوة ما حول التاج بالوسط الفمى الذى يكون ملوثاً بالجراثيم فتدخل هذه إليه وتهاجمه بإفرازاتها وسمومها كما تهاجم أيضاً النسج العظمية التى حوله وتبتدئ تبعاً لذلك حوادث التهابات العظم فى الوضوح .

وفى بعض الحالات المتقدمة فى الإصابة تبرز الحدبات وينغمس التاج فى سائل ملوث بالجراثيم فتقتصر الإصابة عندئذ على الغشاء المخاطى وتسمى الحوادث بحوادث الغشاء المخاطى .

الأعراض :

حوادث الغشاء المخاطى : تقتصر على التهابات الغشاء المخاطى

واحتقاناته وتسبب المضايقات والمتاعب ويصحبها أورام خفيفة تزول فى بضع أيام إلا أنه قد تصاب المحفظة المحيطة بالضرس باحمرار وتورم وتنزف لأقل لمس بسيط وتصاب أيضاً المناطق المجاورة لها بالتهابات فية متنوعة التى منها «التهاب الفم الغشائى المتقرح» كما قد تصاب جيوب اللوزتين والسطح الداخلى للخد عند ملتقاه بالغشاء المخاطى اللثوى وتكون رائحة الفم نتنة ويكثر إفراز اللعاب ويصعب البلع ويؤلم ثم يصحب هذا كله كزاز حيث يصعب فتح الفم لتقلص العضلات الماضغة إلا أن الكزاز الناتج من هذه الحالة أضعف منه فى حالة الحوادث العظمية وقد تحدث نوبات عصبية متشعبة وأهم الآلام الحادثة هى آلام الأذن .

حالة الجسم عموماً : تتمشى مع شدة الإصابة ولا يبعد أن تصل الحرارة إلى ٣٩° أو ٤٠° ويصحب الإصابات الغشائية المخاطية دائما التهاب الغدد تحت الفكية التى قد يشتد الالتهاب فى إحداها فيتكون فيها « فلغمون غدى » .

الحوادث العظمية : تكون عظام تلك الناحية محاطة بالالتهابات العديدة المذكورة آنفا التى أصابت الغشاء المخاطى الذى يغطيها ويعتبر الكزاز من أهم أعراض الإصابات العظمية وهو دائم الحدوث فى هذه الإصابات وإليه ينسب معظم المؤلفين أغلب المضاعفات التى تنشأ من ظهور ضرس العقل .

وفى الحوادث العظمية المتقدمة الإصابة يبلغ الكزاز من الشدة درجة تعوق حركة الفك السفلى بالكلية . فيتعذر تبعاً لذلك

تناول أى طعام يحتاج إلى أى مضغ فيضطر المريض إلى التغذية بالسوائل إذ تلتهب العضلات الرئيسية التى تحرك الفك وأثناء حدوث الكزاز يتغير مظهر المنطقة الفكية المصابة وذلك من حدوث أورام فى زاوية الفك تكون متصلبة وتؤلم ألماً خفيفاً عند الضغط عليها فإذا جسسنا منطقة هذا الورم من الناحية الداخلية أى من ناحية دهليز الفم يتبين لنا بوضوح أنه ورم عظمى . ويؤكد لنا ذلك عمل مقارنة بين الناحية المصابة والناحية السليمة المقابلة لها ويصحب هذه الحوادث العظمية آلام مختلفة تارة تؤثر فى ناحية الزاوية الفكية وطورا فى ناحية العين والذقن ويجب أن لا ننسى أن القناة السنية تخترق الفك السفلى من «شوك سبكس» إلى «الثقبة الذقنية» وتحتوى فى داخلها على العصب السنى السفلى الذى تؤثر عليه كل الالتهابات الفكية الخطيرة وتسبب أعراضاً متباينة بشكل أزمات عصبية فى أغلب الأحايين ولكنها قد تتطور فتصيب العصب فى صميمه فتسبب شللا أو تخديراً عاماً فى المنطقة الذقنية .

وعند حدوث هذه الحالة يصعب جداً رؤية الفوهة الفمية لوجود الكزاز الشديد فيستعان بمسبر يدخل إلى الفم من دهليزه حتى ما بعد الرحي الثانية فإذا اصطدم بجرء صلب عرف أنه تاج ضرس العقل أو جزء منه قد ظهر .

وبالعلاج المناسب قد تختفى هذه الحوادث والأعراض إلا أنه قد تنقلب الآية فيتأثر الجسم كله وتصاب الحالة العامة بالحمى وتتفاقم الأعراض الموضعية ويزداد الورم ويصبح الضغط

عليه أشد ألماً من قبل ويكون هذا الضغط أكثر إيلاما فى منطقة معينة عنه فى غيرها مما يشير إلى تكوين صديد فى تلك المنطقة فإذا تأخر المريض عن علاج نفسه حاول هذا الصديد أن يجد له منفذا فيثقب الجلد عند الحافة الفكية فى زاوية الفك ومن هذا الثقب يبدأ تفريغه وخروجه ويندر جداً أن يخرج الصديد من داخل الفوهة الفمية ومهما كان منفذه فإن حالة الكزاز تخف وطأتها بعد خروج الصديد والحالة العامة تأخذ فى التحسن وفى بعض الأحايين يشفى الناسور الجلدى من تلقاء نفسه تدريجيا وأحياناً يكون مصحوبا بشظايا عظمية من ناحية زاوية الفك . ويستمر الكزاز ملازماً جميع أطوار هذه الحالة مهما طالت فيتعذر تناول الأطعمة التى تحتاج إلى مضغ ويحرم الفم من عملية التنظيف الآلية ويغطى اللسان والأسنان تبعاً لذلك بطبقة لزجة عفنة نتنة تصبح تبعاً لها رائحة الفم غير مقبولة . وهذه الحالة إذا طالت عرضت الجسم بأجمعه إلى تطورات مرضية . فيتغير منظر المريض ويشحب لونه وينحف ويصبح هزيلا ولا يبعد أن يصاب المريض بالأعراض الموضعية أو العامة أثناء تطورات هذه الإصابة كالأوديما والحرارة المرتفعة واحتباس البول والإسهال وما شابه ذلك من علامات التسمم الخطير . وهذه الأعراض إذا ظهرت كانت نتيجة التهاب الخلايا أو (خناق لدويج) الذى يعتبر من الأمراض الخطيرة التى قد تنتهى بالموت .

ومن المضاعفات التى تتسبب عن ظهور ضرس العقل ولو

أن حدوثها نادر (الالتهاب المفصلى الصدغى الفكى) وانسداد الأوعية الجيبية وخراج المخ ويجب أن نذكر هنا أنه قد يتصادف حدوث إصابات الغشاء المخاطى مع الإصابات العظمية فى آن واحد .

التشخيص :

١ ـ حالات الغشاء المخاطى :

تشخيص هذه الحالات سهل غالباً. فوجود تقرحات فى الفم فى ناحية الأرحية يدعو دائماً إلى التفكير فى حوادث ظهور ضرس العقل (لاسيما إذا كان سن المريض مناسبا أى يتراوح من ١٨ ـ ٢٥ سنة) .

٢ ـ الحالات العظمية :

أما تشخيص هذه الحالات فمن الصعب تحقيقه لأن أعراضها تشبه إلى حد كبير أعراض الالتهاب العظمى السمحاقى لناحية الزاوية الفكية إلا أنه فى هذه الحالة الأخيرة إذا فحصنا بالمسبر وجدنا حفرة يختلف اتساعها وعمقها حسب الحالة وهى تبين أن هناك سنا ناخرة وأن النخر يصحبه التهاب مفصلى سنخى وإذا جسسنا باصبعنا من ناحية دهليز الفم وجدنا ورماً وفى وسط هذا الورم نقطة يشتد ألم الضغط فيها عن غيرها وهى تعين المكان الذى بدأ منه الالتهاب كما تشير إلى منطقة جذر السن وذروته المسببان لهذا الالتهاب وكل هذا يؤكد وجود الالتهاب العظمى السمحاقى وينفى وجود حالات ضرس العقل ويحسن بعد كل هذا الالتجاء إلى التصوير بالأشعة للتأكد من الحالة .

الإنذارات :

١ ــ حالات الغشاء المخاطي :

تكون هذه الحالات عادة أبسط من غيرها وتنتهي بالشفاء إذا ما اعتنى بها .

٢ ــ حالات العظم :

هي أكثر خطورة لاسيما إذا تقيحت وتكون الصديد حيث قد تنتهي بحدوث « خناق لدويج » الوخيم العواقب .

العلاج :

العلاج الوقائي : يحبذ البعض خلع الرحى الأولى أو الرحى الثانية كعلاج واق من الإصابة بحالات ضرس العقل لاسيما إذا كانت السن ناخرة وكانت المسافة التي ستظهر فيها الرحى الثالثة (ضرس العقل) غير كافية وضعيفة ونحن نؤيد هذا الرأي على شرط أن تكون السن ناخرة أما إذا كانت سليمة فلا نرى معنى لخلعها ــ على أن إجراء هذا العلاج كعلاج واق لحوادث ضرس العقل لا يحدث إلا نادراً لأن المريض قلما يقصد الطبيب إلا بعد ظهور أعراض ضرس العقل فيصبح العلاج شفائياً لا واقياً لذا وجب اتباع ما يأتي في المعالجة :

ا ــ حالات الغشاء المخاطي :

أول ما يجب عمله هو محاربة أعراض التقرحات الفمية الحادة ثم العمل على التخلص من الفجوة ما حول التاج التي

تحيط بتاج السن والتى سبق وصفها (على أن تزال بقطع المحفظة اللثوية التى تضم الضرس) ثم يعتنى بعد ذلك بإجراء الغسيل والمضامض الساخنة المضادة للعفونة مرة كل ساعتين بمقدار لا يقل عن ٣ أو أربع لترات فى كل مرة فلا تلبث عوارض الكزاز أن تقل تدريجياً ومتى خفت إلى درجة يمكن معها المريض من تنظيف أسنانه بالفرشاة يبتدئ المريض فى القيام بهذا التنظيف مع المضامض والمعاجين المطهرة فهذه كلها تساعد على سرعة الشفاء فإذا كان التهاب الغشاء المخاطى فى درجته الأولى فيكفى مسه بصبغة اليود الكلوروفورميه حسب الوصفة التالية حول المحفظة وعلى اللثة المحتقنة .

صبغة اليود	$\frac{1}{10}$	١ جم
كلوروفورم	}	٥ جم
صبغة الأكونيت		

يودور البوتاسيوم : يضاف إلى أن يصفى المحلول

وإذا كانت الإصابة متقرحة فالأفضل استعمال الفورمول ٤٠ ٪ أو أزرق الميتيل كما أن استعمال النيوسلفرسان أو الأدوية الأرسينيكية الأخرى يفيد أيضاً ويجب الاهتمام بتعاطى البنسلين

مليون وحدة كل ٢٤ ساعة إلى أن تخف حدة المرض ولا يجب قطع المحفظة اللثوية المحاطة بالضرس إلا بعد زوال الأعراض الحادة وإليك بيان العمل .

تحقن المحفظة بمقدار $\frac{1}{2}$ سم^{3} من النوفوكائين ٢ ٪ ثم يقبض على الطرف الزائد للمحفظة بمقبض وتقطع عن آخرها بالمشرط ويكون القطع بشكل الرقم ٧ وتكوى حوافه بالمكواة ويتبع ذلك استعمال المضامض المضادة للعفونة .

(ب) الحالات العظمية :

١ — التي لا صديد فيها : توقف مظاهر الالتهابات بالحمامات الساخنة الفمية المتكررة ثم تخلع السن المسببة .

٢ — التي فيها صديد :

إذا كان الصديد قد تجمع إما تحت الجلد أو تحت الغشاء المخاطي وكانت الحالة العامة تساعد على التدخل السريع فيعمل للصديد فتحة في الجلد والغشاء المخاطي لتفريغه ثم يتلو ذلك استعمال المضامض والغسولات الساخنة عدة مرات لتخفيف الكزاز وحالات الالتهاب العظمي السمحاقي وبعدها يمكن خلع الضرس المسبب . وإذا كانت الحالة العامة سيئة فيجب إجراء الخلع تحت التخدير العام الذي يعتبر ضروريا في هذه الحالة .

الفصل الرابع عشر

الالتهاب المفصلى السنى السنخى «البيوريا»

أسماؤه وأوصافه — تاريخ المرض — أسبابه — النظرية القلحية — النظرية العفنية — النظرية الأطباقية — وقوع الأسنان من الالتهابات المفصلية — المهيئات — التشريح المرضى — الإصابات المختلفة للأنسجة — الأعراض — مدة بداية المرض — مدة المرض — التشخيص ، أشكال البيوريا السريرية (النوع المحيطى والنوع المركزى) العوامل المساعدة على ظهور البيوريا — العلاج — العلاج بالوسائل الطبيعية — العلاج بالوسائل الدوائية — العلاج الجراحى وخطواته :

* * *

هذا مرض أطلقت عليه أسماء عدة منها « مرض فوشار » « والتهاب اللثة المنتشر » « والالتهاب المفصلى السنى السنخى » والتهاب اللثة المفصلى السنى . والبيوريا و . و . و . . . إلخ .

ويحسن بنا أن نلفت الأنظار قبل الخوض فى وصف هذا المرض أن نزول الصديد من اللثة ليس هو الدلالة على وجود المرض وإنما الدليل القوى هو قلقلة الأسنان أو سقوطها وقد يعتبر نزول الصديد من ضمن مضاعفات هذا المرض .

تعريفه : هو مرض يصيب اللثة والسنخ ويسبب قلقلة الأسنان وسقوطها وقد يكون مصحوباً بصديد .

تاريخ المرض :

إذا رجعنا إلى القرن الثامن عشر وبحثنا فى بعض ما كتبه أطباء ذلك العصر وجدنا أن بعضهم يشير فى مؤلفاته إلى بعض أوصاف البيوريا وأعراضها فى سنة ١٧٤٦ ذكرها « بيير فوشارد » فى الطبعة الأولى من مؤلفه عن مرض الأسقربوط الذى كان كثير الانتشار فى ذلك العهد وقد كان عظيما فى وصفه لها مما اضطر بعض المؤلفين إلى إطلاق اسمه عليها اعترافاً بفضله فسميت مرض فوشارد ثم أعطيت اسم البيوريا فى مبدأ القرن التاسع عشر وكان أول من أطلق هذا الاسم هو « ثوارالك » وفى سنة ١٨٣٥ أثبت « أوديت » أن إصابة المرض للجسم قاصرة على الرباط السنى السنخي وفى سنة ١٨٥٠ وصفها توماس تحت اسم التهاب اللثة المزمن وكان وصفه لها أكثر إتقانا من سابقيه ثم تكرر البحث من كثير من العلماء وشغل هذا المرض وأعراضه أذهانهم حتى جاءت سنة ١٨٧٥ التى قام فيها بعض الباحثون فأثبتوا تأثر السمحاق السنى السنخى من مرض البيوريا .

سبب المرض :

من تاريخ المرض السالف الذكر نعلم أن النظريات التى وضعت لتعليله عديدة والأبحاث التى عملت فى سبيله كثيرة إلا أننا اختصارا للبحث مع عدم الإخلال بالفائدة سنذكر هنا أهمها :

١ — النظرية القلحية :

إن القلح هو السبب الرئيسى الفعال فى الإصابة بالبيوريا

حيث يترسب على عنق الأسنان فيسبب ضعف مقاومتها ويفتح بابا موصلا إلى المفصل السنى السنخى. والقلح على نوعين « مصلى » وهو الذى يترسب من مصل الدم و « لعابى » وهو الذى يترسب من « اللعاب » وليس هنا مجال وصفها بالتفصيل إلا أن الاعتراض على هذه النظرية يأتى من أنه قد يتصادف أحيانا كثيرة سقوط أسنان ليس عليها أى أثر للقلح . لكن الذى لا يمكن إنكاره هو أن القلح ولو أنه لا يسبب البيوريا أولا يعتبر وحده سبب وجودها إلا أنه يلعب دوراً هاماً فى ظهورها إذا ما ترسب على الأسنان عند أعناقها وما يسببه من الالتهابات الموضعية التى هى فى الحقيقة أول أدوار البيوريا ووجود القلح أكبر دليل على ميل الفم لإفراز رواسب جيرية وبوجوده فى مناطق معينة من الفم دون غيرها يجعل عادة هذه المناطق عرضة للإصابات بالبيوريا عن غيرها لأنه فوق مايسببه من التهابات يساعد على تخزين بقايا الأطعمة وإيجاد بؤر عفنية .

٢ — النظرية العفنية :

هذه هى النظرية السائدة وهى ترتكز على أن هناك جراثيم مرضية خاصة تسبب هذا المرض إلا أن تحديد هذه الجراثيم غير متفق عليه فقد نسبت الإصابة إلى نوع من المتمعجات والبريميات ومنهم من أسندها إلى نوع خاص من الأميبا ومنهم من أرجعها إلى اشتراك عدة أنواع مختلفة من الجراثيم وقد أدى تباين الآراء وتشعبها إلى تعدد وسائل العلاج الذى سيأتى وصفه

فى حينه إلا أن هناك اعتراضات على أصحاب هذه النظرية نلخصها فيما يلى :

(ا) قد تحدث القلقلة فى الأسنان بدون وجود الإصابة العفنية .

(ب) عدم الاقتصار على نوع واحد من الجراثيم يكون هو سبب الإصابة .

(ح) شفاء المرض يكون فى معظم الحالات مؤقتا وإلى حين .

(د) ثبت أن البيوريا ليست مرضا معديا رغم ما يذهب إليه البعض خلافاً لهذا الرأى .

(ه) إن حقن الحيوان بصديد البيوريا فى لثته لا يسبب إلا بعض الخراجات الموضعية البسيطة دون إصابة الأسنان بأى عارض يستدعى قلقلتها وسقوطها أو بمعنى آخر بالبيوريا من ذلك كله كانت النظرية العفنية ليست هى العامل الوحيد فى الإصابة بالبيوريا فاعتبرت كأحد العوامل المساعدة على الإصابة .

٣ — النظرية الأطباقية :

ويقصد بها أن سوء الأطباق هو سبب الإصابة بالبيوريا وسوء الأطباق عامل آلى لا جراثيمي ويفسر أصحاب هذا الرأى أن سوء الأطباق يؤثر فى الرباط السنى ويلهبه فيكون مدعاة للإصابة بالمرض ولكن هناك أشخاص عندهم سوء أطباق فى عدد من أسنانهم وهذه الأسنان بالذات غير مصابة بالبيوريا بينما تصاب أسنان أخرى حسنة الأطباق بها .

٤ — وقوع الأسنان من مرض التهاب المفاصل :

لوحظ إصابة الأسنان بالبيوريا أثناء إصابة الجسم بداء التهاب المفاصل وهذا الداء يرجح وجوده غالباً لسوء التغذية لذلك اتجه التفكير إلى أن البيوريا قد تكون إحدى مضاعفات بعض الأمراض العامة ولكن اعترض على هذا الرأى بأنه كثيرا ما تحدث البيوريا فى أجسام سليمة خالية من أى مرض حتى أن بعض المؤلفين قال فى تعريف البيوريا أنها مرض يظهر فى كل الأجسام فكما يصيب الجسم المريض فهو يصيب الأشخاص الأصحاء المعافين . من ذلك نرى أن جميع النظريات السالفة وإن لم تكن قد حققت أسباب المرض كل بمفردها إلا أنها فى مجموعها أنارت الطريق وكشفت عن خصائص هذا المرض .

وهناك نوع آخر من البيوريا هو « بيوريا الشيوخ » ومن اسمها نعرف أنها لا تصيب إلا كبار السن بسبب ما ينشأ عنها من ضمور فى السنخ نظراً إلى ما يظهر من اضطرابات حيوية هامة فى مثل هذا الدور من العمر .

المهيئات :

الأسباب المهيئة الواجب توافرها لحدوث البيوريا هى الآتية :

١ — وجود إحدى العوامل المساعدة التى ذكرت فيما سبق حيث تهيئ العضوية لقبول الإصابة كالرضوض والقلح والتسممات المختلفة إلخ .

٢ — إصابة العضوية بأحد الأمراض العامة الناتجة من سوء التغذية والحالات النفسية كالتهاب المفاصل والسكر وزيادة

الحموضة و . . . إلخ .

التشريح المرضى :

إصابة أنسجة السن الصلبة : يوجد فى موازاة السن تضخم كلسى يكثف العاج ويقلل حجم حجرة اللب . فإذا فحص السن وجد أنه سليم خال من النخر وقد لوحظ أن البيوريا والنخر لا يجتمعان فى سن واحدة .

الإصابات اللبية : يحدث ضمور فى الخلايا مكونة العاج ويمر على اللب تطورات تحاله إلى مواد ليفية وكلسية .

إصابات السمنت : يحدث امتصاص وتآكل فى السمنت

إصابات الرباط : يتضخم الرباط الذى حول السن ويحدث ضمور فى الألياف المتكونة من النسيج الضام وبعد ذلك مباشرة تبتدئ أول درجات البيوريا وتظهر حبيبات أسفنجية يقال أنها وسائل الدفاع ضد المرض .

إصابات جوانب السنخ : تصاب جوانب السنخ بإصابات عظمية يحدث بعدها امتصاص السنخ حيث تبتدئ ثانى درجات البيوريا بظهور الخلايا مخربة العظم واختفاء الخلايا العظمية .

إصابات اللثة : تصاب اللثة بإصابات خاصة هى الإصابات العفنية الموضعية التى تبتدئ على انخفاضات حواف اللثة . ثم تأخذ فى التعمق إلى الداخل فاصلة اللثة عن السن مكونة بابا لدخول الجراثيم واستقرارها وتقدمها حتى تصيب الرباط السنى السنخى . ثم تختفى طبقة النسيج الضام لتحل محلها طبقة ابتليالية ومن أهم المظاهر التى تشاهد فى البيوريا أنه فى حالة

خاع السن المصابة تعود كل الأنسجة إلى حالتها الطبيعية وتختفى جميع أعراض المرض بسرعة غريبة .

الأعراض :

. المدة السابقة للمرض : تتراوح هذه المدة من شهرين إلى عدة سنوات قبل أن يبتدئ المرض فى الظهور ويبدو على المريض فيها أعراض تسمى الأعراض الخفيفة للالتهابات السنخية وهذه الإعراض هى :

١ – شعور بأزمنة ونوبات المضايقة .

٢ – شعور بأجسام غريبة فى الفسحات السنية .

٣ – لثة متهيجة محتقنة .

٤ – شعور بأن السن لينة ويظهر على المريض ميل إلى إطباق الفكين وضغطهما ليبرهن على هذه الليونة .

أما السن فظهرها يدل على أنها سليمة واللثة شامرة بنظام وترتيب بدون انفصال عن السن وهذه هى البيوريا الجافة .

مدة بداية المرض : يزداد الشعور بالمضايقة لدرجة الشعور بالألم . وقد يصحب ذلك شعور بأن السن طويلة عن العادة ومهتزة ويميل المريض فى هذه الحالة إلى كثرة استعمال النكاشات السنية – والضغط على اللثة عند عنق السن يؤدى إلى خروج الصديد ويصبح نفس المريض ساخنا وذو رائحة كريهة .

وتبتدئ الإصابة فى موازاة ثلاث مجموعات من الأسنان وهى الثنايا السفلية والأرحية الكبرى العلوية على الجانبين .

مدة المرض : يزداد الشعور بالألم ويكون فى مواعيد ونوبات

لاسيا إذا أصيبت الأسنان بصدمة أو إذا ارتفعت درجة الحرارة ويصبح المضغ مؤلما وتستطيل الأسنان وتتعرى أعناقها ويحمر لون اللثة وتظهر غير ملتصقة بالأسنان أى سائبة ويتكون بينها وبين جذر من جذور الأسنان ما يشبه الأكياس التى تصير مستودعا صالحا لإيواء الجراثيم .

ختام المرض : يمتص السنخ ويكون اللب قد مر على أطوار استحالته إلى مواد كلسية أو صديدية ثم يسقط السن ويبطل إذ ذاك الصديد . وتلتئم اللثة فى ظرف ٤٨ ساعة ولقد لوحظ أن السن المنزوع لبها تقاوم فى السقوط وسبب ذلك يرجع إلى أن نزع اللب يساعد على عدم استحالته إلى مواد كلسية فإذا نزعنا لب السن قبل ابتداء ظهور أول أعراض المرض منعنا بذلك إصابته بالتضخم الكلسى .

وعلى ذلك تختفى إحدى العوامل الهامة التى تساعد على سقوط السن .

التشخيص : المدة التى تسبق إصابة السن بالبيوريا والتى يتهيأ السن فيها للإصابة بالمرض مدة صعبة التشخيص لأن السن يظهر فيها سليما ولايوجد فيه أى اشتباه بالإصابة بالنخر إلا أن لونه يصبح مائلا للصفرة وتكون اللثة محتقنة وتظهر فيها بعض الآلام الخفيفة وتدمى اللثة عند استعمال الفرشاة وتتوضع عليها بعض الرواسب القلحية التى عندما يشرع فى إزالتها تدمى اللثة أيضا إلا أن الفسحة بين اللثة والجذر لا توجد — وإذا أجرينا ثقب السن يحصل ترشيح دموى قليل ونتحقق أثناء إجراء هذا

الثقب أن عاج السن حساس وحساسيته أشد من الحساسية الطبيعية ويعقب هذه الخطوة الرضية حدوث حالة ضمور تسبب انفصال اللثة عن السن — نطلب من المريض أن يقوم بحركات مضغية وبواسطة الورق الأزرق نتمكن من مشاهدة نقط الاتصال بين الأسنان عند المضغ ثم نفحص حالة قلقلة الأسنان وحالة لبها وتكون التجربة بواسطة الاختبارات الحرارية والمآكل الحلوة وتشخص حالات الالتهابات اللبية الحادة من أعراضها المعروفة ونستعين أيضاً بآلة اختبار اللب .

فإذا كان اللب ميتاً وجدنا بقعه معتمة وإذا كان السن مصاباً بالبيوريا نلجأ إلى رسمه بالأشعة التى تبين لنا مقدار الامتصاص الكائن فى السنخ وحدود امتداد طبقات القلح . ثم نجرى الفحص الجراثيمى للصديد فنعمل مزارع لهذه الجراثيم فنجد أن أهم الجراثيم المرضية الموجودة هى البريميات والمكورات العقدية ثم يأتى بعدها المكورات العنقودية والمكورات الرئوية والعصيات الدفترية . . . إلخ .

الأشكال السريرية للبيوريا : يمكننا تمييز شكلين سريرين للبيوريا .

١ — النوع المحيطى . وتتغلب فيه العوامل الموضعية التى تتجسم فى وجود كتل قلحية عند الحواف اللثوية وبؤر صديدية وتسبب سقوط الأسنان وتكون تطوراتها سريعة للغاية وقد يقل تأثيرها بالمداواة الموضعية الفنية .

٢ — النوع المركزى : وتتغلب فيه العوامل العامة وتقل

العوامل الموضعية فتظهر اللثة كأنها طبيعية ويوجد قليل من القلح وقليل من المضاعفات ويشاهد فيها غالباً شدة إحساس العاج ويصيب هذا النوع النساء أكثر من الرجال وتكون تطوراته سريعة ولا يظهر أى ميل للتحسن عند مداواته موضعياً وهذه هى البيوريا الحقيقية كما يدعوها الأمريكيون — فلا يكفى إذن مجرد التشخيص فى الفم بل يجب فحص المريض والوقوف على ما بجسمه من أمراض عامة .

العوامل المساعدة على ظهور البيوريا : من ضمن الأسباب التى تساعد على ظهور البيوريا ما يأتى :

١ — الوراثة : نتيجة ضعف عام آت من تشوشات داخلية تنتقل من السلف إلى الخلف .

٢ — السوابق المرضية : كالتيفود والأنفلونزا والملاريا .. إلخ.

٣ — التسممات الحادة أو المزمنة : كالتهابات الفم الزئبقية . والغنغرينا الفسفورية .

٤ — نقص الفيتامينات : كما يظهر فى أمراض البلاجرا والأسكربوط والحمل والبرى برى و . . . إلخ .

٥ — نقص العوامل الحيوية الطبيعية : كالضوء والحركة والهواء ونقص الرياضة .

٦ — التخمة والإكثار : فى التغذية وفى غيرها كالإكثار من حرارة الشمس الذى يسبب ضربة الشمس وقد وجد بعض الباحثين ارتباط بين البيوريا وسرطان المجرى التنفسى الهضمى العلوى .

ويجب ملاحظة أنه فى حالة التسممات الداخلية الناتجة

من إفرازات الأمراض أن كثرة الإفرازات فى حالة التيفوئيد تنتج نقصافى الأملاح الكلسية فنخراً فى الأسنان بينما نقص إفراز الغدة الدرقية يسبب سقوط الأسنان العاجل — كذلك نقص الوظائف الكلوية تلعب دورا فى حدوث النخر الحاد .

العلاج : حيث أننا لم نتمكن من استخلاص أسباب معينة للمرض لذلك يصعب علينا إيجاد علاج واحد خاص بالبيوريا .

١ — العلاج بالعوامل الطبيعية :

(ا) التدليك : يطرد الصديد وينشط الدورة الدموية ويمكن إجراؤه بواسطة الأصبع أو بواسطة آلات خاصة به وبحركاته ويحسن استعمال التدليك يوميا ابتداء من سن ٣٥ سنة كعلاج واق ضد البيوريا وحبذا لو حقن المعجون البزموتى فى البؤر الصديدية بعد التدليك .

٢ — الرش الكهربائى :

يتضمن إدخال أدوية بمساعدة آلات كهربائية داخل الأنسجة السنية والدواء المستعمل عادة هو كلورور الزنك ولا تزيد مدة كل تدخل علاجى عن دقيقتين لكل سن .

٣ — الراديوم :

لهجهاز خاص يساعد على دخول الشعاع وقد استعمل فى ألمانيا ماء الراديوم كحمامات فمية وحقن .

٤ — أشعة X : هناك قول بأن نسبة خفيفة من أشعة X والأشعة فوق البنفسجية يعطى نتيجة لا بأس بها .

٥ ــ الكى بالنار :

مفيد جدا فى إزالة الاحتقان اللثوى وبؤر الصديد وله جهاز حرارى أو كهربائى خاص لدى جراح الأسنان .

٦ ــ التشريط :

علاج قديم ويكتفى الطبّ الحديث بكمية الدم التى تنزل عند إجراء عمليتى التقليح « إزالة القلح » وصقل الأسنان وتنظيفها .

(ب) الوسائل الدوائية :

يجب أولا إزالة جميع العوامل المساعدة على التهيج اللثوى والالتهاب كعمل التقليح الدقيق للأسنان وللجلور حيث يساعد ذلك على سهولة نزول الصديد ثم يؤمر المريض باتباع قواعد صحية فية دقيقة منظمة وفيما يتعلق بالتنظيف يجب استعمال دواء مذيب للقلح كفلورير الامنيوم أوحمض الكلوريدريك بنسبة ٢ : ٣ . أما المطهرات فهى عديدة ولكننا لا ننصح باستعمال الهيبركلوريت الكلسى أو الصودى ولإتلاف البؤر الصديدية تستعمل الكاويات الكيماوية كحمض الكروميك وحمض اللبن وحمض الكبريتيك و . . . إلخ وليست الطريقة الدوائية هى أفضل الطرق كما يعتقد البعض .

استعمال الأدوية اللقاحية :

اعتبر كريتشوسكى وسيجوين البيوريا كمرض الزهرى واستدعى اعتبارهما للمرض بهذا الشكل أن يستعملا لعلاجه أدوية الأرسينوبانزول موضعيا وفضلا حقنها فى الوريد .

وحيث أن حقن هذا الدواء فى الوريد له خطورته فقد اكتفيا باستعماله موضعيا فأعطى نتيجة مضطربة وغير ثابتة مما أدى إلى عدم الاعتماد عليه كدواء لهذا المرض وقد نتج عن استعماله موضعيا بعض التحسن فى بعض الحالات ولم يكن استعماله فى الوريد بأحسن من استعماله موضعيا ولم يكتفى بذلك بل استخدم جميع مشتقات الأرسيسينيك التى يداوى بها الزهرى كالسلفرسان والنيوسلفرسان والسلفارسينول والستوفارسول (الذى لوحظ أنه أتى بنتائج إيجابية قوية) . . . إلخ فكانت النتائج مضطربة وغير مشجعة — لأنه إذا كانت الأدوية شافية كما يقولون عن مرض البيوريا فلماذا يصاب بها مرضى الزهرى الذين يعالجون بهذه الأدوية ؟ ؟

ثم استعمل البزموت على أساس أن البيوريا مرض خاص كالزهرى فلم يكن بأسعد حظاً فى النتائج المتحصلة .

على أن تحمس هؤلاء الباحثين فى استعمال هذه الأدوية السابقة كان أغلبه منصبا على استعمالها كلقاح لاسيما مشتقات الأرسينوبانزول فقامت معامل أوربا وأمريكا باستخراج لقاحات متعدد من هذه المشتقات نذكر منها « لقاح ستوك » لجولدنبرج ويلاحظ فى المداواة بهذه اللقاحات أنه يصحبها دائما صداع شديد وارتفاع فى درجة الحرارة وهبوط عام فى الجسم وهى أعراض تلازم المداواة بهذه اللقاحات . أما النتيجة فكانت عظيمة جداً فى حالة البيوريا المتوسطة أى التى بين البيوريا الصديدية والبيوريا الآكلة .

وقد نال بعضهم ٨٥٪ شفاء لهذا المرض من استخدام المداواة باللقاح إلا أن فوائد هذه الطريقة لا زالت قيد البحث ويشك فيها بعض الباحثين .

العلاج الجراحى :

لا تتبع طريقة العلاج الجراحى إلا فى حالة البيوريا التى حدث فيها امتصاص فى الحواف العظمية السنخية الذى لم يصحبه انكماش أو تراجع فى اللثة وتكون اللثة بينها وبين السن فى هذه الحالة بؤرا تكون مستودعاً صالحاً لكثير من المتخلفات . ويقول « كروبت » وهوأول من استخدام هذه الطريقة أنه يجب نزع جميع الأنسجة المصابة بالكى بالنار نزعاً كلياً وهذه العملية يحصل فيها إدماء كثير وتسبب ضعفاً عاماً وكثيرا ما يقوم بها أطباء البلاد الأجنبية وأكثر ما تستعمل فى ؛أمريكا حيث يوجد أطباء اختصوا لها فقط والعملية عبارة عن قطع كل الأنسجة المصابة وأجزاء اللثةالمنفصلة . وقبل إجرائها يجب عمل تنظيف دقيق للفم والأسنان ويحسن إجراء هذه العملية تحت التخدير الموضعى مع مراعاة حقن المخدر بعمق حتى يصل تحت السمحاق ويعمل فى منتصف كل فك مرة كل أسبوع فتنتهى كلها فى شهر واحد وإليك الطريقة المتبعة فنيا :

يحدد عمق البؤر الصديدية . ثم يقطع الغشاء المخاطى اللثوى حتى يصل للعظم ويكون القطع موازياً للسينات السنية فوق الخط الوهمى الذى يحدد عمق البؤر ثم نفصل الشرحة المقطوعة فينزع الغشاء المخاطى من ناحية سقف الحنك ومن ناحية دهليز

الفم « الشفويه » وعندما يظهر العظم وينكشف تزيل أجزاؤه المصابة ثم تنظف جذور الأسنان من الرواسب القلحية التى تكون مترسبة عليها . ثم نجرى بعد ذلك عمل حقن للغسيل بماء ساخن جداً مضافاً إليه ملح الطعام . وعندما نطمئن إلى أن الفم وساحة العملية قد نظفا تماماً تترك الحالة لمدة ٤٨ ساعة ينصح فيها المريض باستعمال المضامض وغسولات الفم المطهرة باعتناء وكثرة وأحسن هذه المضامض فى هذه الحالة ما كانت بالماء الأكسجينى المعدلِ ببيكربونات الصودا . فإذا حدث للمريض آلام من تعرية بعض الجذور السنية فتمس هذه الجذور بمحلول نترات الفضة نسبة (١٠ — ٣٠ ٪) وتوجد طريقة أخرى يقتصر فيها على قطع اللسينات اللثوية ونزعها من كلا الجانبين ثم تجرى على الحواف السنخية وعلى الجذور ما سبق وصفه فى الطريقة السابقة .

ولهذه الطريقة نتائج عظيمة ولو أن المريض لا يفضلها حيث يتوهم سقوط أسنانه من إجرائها وما عدا ذلك هى أمثل الطرق لحفظ الأسنان المصابة بالبيوريا أطول مدة ممكنة .

وهناك طريقة أخرى وهى معالجة الأسنان المهتزة بتثبيتها بواسطة كوبرى وقد أجرى هذه الطريقة « بيليارد » فكان لها نتائج مرضية — ويجب أن يستند الكوبرى فى هذه الحالة على ثلاث دعائم على الأقل ويكون كله قطعة واحدة لا قطعاً منفصلة . وأى كوبرى يقام على ثلاث أسنان مهتزة يكسب قوة وثباتاً عظيمين .

والاسنان الاصطناعية فى هذه الحالة تعتبر واقة وشافية فى آن واحد . وبالإجمال . أمام مريض البيوريا يجب أن نحاول كل المحاولات مستعينين بكل ما هو معروف من الأدوية أو ما هو تحت الاختبار منها على أن نبتدئ بالطرق السهلة البسيطة ونتصح المريض باتباع القواعد الصحيحة الفمية بنظام وعناية والقواعد الصحية العامة بدقة — والمعالجة بالعوامل الكيماوية والدوائية القاتلة للجراثيم تفيد فى إزالة الصديد موضعياً ولكنها لن تفيد فى إزالة أسباب المرض أى أنها لا تسبب الشفاء التام .

والطريقة الجراحية تعطى نتائج مرضية كما سبق وتمد فى عمر الأسنان مدة طويلة ولكن عملها مقتصر فى الحقيقة على نقل المرض من حالته الصديدية إلى حالته الجافة .

وطريقة الأسنان الاصطناعية هى أهم الطرق على الإطلاق التى عملت حتى الآن فهى توقف تطورات المرض إلى مدة أطول من أى مدة أخرى أتى بها علاج آخر فقط نكرر مراعاة جعل الجسم عموماً يقوم بوظائفه المعتادة على الوجه الأكمل قدر المستطاع . أما العلاج الكهربائى للبيوريا فلا زال تحت البحث لذلك لا يمكننا الخوض فيه وفى نتائجه الآن .

تم طبع هذا الكتاب على مطابع
بدار المعارف بمصر سنة ١٩٦١

دار المعارف بمصر

تحرص على تزويد القارئ العربى بالثقافة الصحيحة النافعة فى جميع الميادين وتقدم هذه المجموعة الفريدة من الكتب الطبية العلمية :

أغسطس ١٩٦١

الثمن ٣٠ مليماً
٣٠ قرشاً سورياً